



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

***Dificuldades na assistência à PCR Intra-hospitalar:***

***A perceção dos profissionais de saúde***

**Maria José Martins Catalão**

Leiria, setembro de 2013



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA**

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

**Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

***Dificuldades na assistência à PCR Intra-hospitalar:***

***A perceção dos profissionais de saúde***

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

**Maria José Martins Catalão**

**Nº 5120351**

Unidade Curricular : Dissertação

Orientador: Professor Doutor Pedro João Soares Gaspar

Leiria, setembro de 2013

*"A percepção é o pensamento do pensamento alheio."*

Fernando Pessoa

**Dedico esta dissertação á minha família**

## **AGRADECIMENTOS**

Começo por agradecer ao meu orientador, Professor Doutor Pedro Gaspar, por toda a dedicação, incentivo, ajuda e sapiência que me transmitiu ao longo deste ano de trabalho conjunto. Um grande obrigado pelo grande incentivo que me deu ao longo da execução deste trabalho e pela sua grande disponibilidade.

Um especial agradecimento ao Conselho de Administração da Unidade do Local de Saúde do Norte Alentejano, que permitiu a aplicação dos questionários, essenciais, para esta dissertação. E um muito obrigado a todos os profissionais de saúde do Hospital Doutor José Maria Grande de Portalegre, que preencheram o questionário, que sem eles definitivamente todo este trabalho não seria possível.

À minha família e em especial a minha mãe, por me ter incentivado a participar neste mestrado e estar ao meu lado em todos os momentos importantes da minha vida, dando sempre uma palavra de apoio e incentivo. A ela o meu grande e eterno agradecimento.

A todas as pessoas que de forma direta ou indireta contribuíram para a elaboração desta dissertação, que possam julgar-se esquecidas, o meu muito obrigado por terem permitido a realização deste trabalho.

## RESUMO

A Assistência Intra-Hospitalar dos eventos de Paragem Cardiorrespiratória, constitui um momento de alto stresse emocional, bem como exige por parte dos profissionais envolvidos rapidez, eficiência, conhecimento técnico-científico, habilidade e perícia técnica. A percepção dos profissionais envolvidos na assistência à Paragem Cardiorrespiratória Intra-hospitalar indicia as principais dificuldades/necessidades sentidas ou vividas, que devem ser normalizadas e ajustadas, por forma a minimizar o seu impacto no resultado da sua intervenção em todos os doentes assistidos.

Este estudo analisa as dificuldades percebidas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na Assistência à Paragem Cardiorrespiratória, e quais os fatores condicionantes, como interferências desfavoráveis na Reanimação Cardiorrespiratória. Com base numa amostra de 109 profissionais de saúde, de um hospital distrital, concluiu-se que, na percepção dos profissionais, o Serviço de Urgência e o Serviço Unidade de Cuidados Intensivos, apresentam as condições necessárias, para uma vigilância e assistência adequada a eventos de Paragem Cardiorrespiratória a nível hospitalar. Os atuais sistemas de assistência hospitalar à Paragem Cardiorrespiratória são insuficientes na sua atuação e os profissionais de saúde que pertencem a serviços sem monitorização adequada, com défices de formação e/ou competência em Suporte Básico e Avançado de Vida, têm maior dificuldade na referida assistência. A equipa de enfermagem detém uma perfeita integração com a equipa médica, desenvolvendo igual competência técnica na Reanimação Cardiorrespiratória, no entanto os profissionais de saúde pertencentes ao Serviço Unidade de Cuidados Intensivos, são a melhor Ajuda Diferenciada, pois detêm todos os recursos humanos e materiais, bem como formação adequada, para dar a melhor assistência possível aos episódios de Paragem Cardiorrespiratória Intra-Hospitalares.

Palavras-chave: Parada Cardiorrespiratória (intra-hospitalar), Ressuscitação Cardiopulmonar (intra-hospitalar), Competência clínica, Autoavaliação.

## **ABSTRACT**

Assistance in In-Hospital Cardiopulmonary Arrest events, is a moment of high emotional stress, and demands from professionals involved, speed, efficiency, technical and scientific knowledge, skill and technical expertise. The perception of the professionals involved in the In-Hospital Cardiopulmonary Arrest, indicates the main difficulties / needs perceived or experienced by them, which must be standardized and adjusted so as to minimize their impact on the results of its intervention in all patients attended.

This study analyzes the difficulties perceived by health professionals (doctors and nurses) in assistance to the In-Hospital Cardiopulmonary Arrest, and the determining factors that are unfavorable interferences in Cardiopulmonary Resuscitation. Based on a sample of 109 health professionals, in a district hospital, it was concluded that, according to the perceptions of health professionals, the Emergency Department and Intensive Care Unit Services, present the necessary conditions for surveillance and appropriate assistance to events of Cardiopulmonary Arrest, at hospital level. Systems of Assistance in hospital care for Cardiopulmonary Arrest, today, are insufficient on their performance, and health professionals who belong to services without adequate monitoring, with deficits of training and / or competence in Basic and Advanced Life Support, have greater difficulty in providing that assistance. The nursing team has a seamless integration with the medical team, developing unique skills in Cardiopulmonary Resuscitation, however health professionals belonging to the Intensive Care Unit, are the best assistance in In-Hospital Cardiopulmonary Arrest, therefore hold all material and human resources, as well as appropriate training, to provide the best possible care to events of In-Hospital Cardiopulmonary Arrest.

**Keywords:** Cardiopulmonary Arrest (in-hospital occurrence), Cardiopulmonary Resuscitation (in-hospital occurrence), Clinical Competence, Self-Assessment.

## ÍNDICE DE QUADROS

- Quadro 1** – Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da Escala de Percepção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar –EPDAPI 40
- Quadro 2** - Análise fatorial da EPDAPI pelo método de condensação em componentes principais, após rotação Varimax 42
- Quadro 3** - Matriz de correlações de *Pearson* entre os quatro fatores e o total da EPDAPI 44
- Quadro 4** - Teste de Kolmogorov-Smirnov para os Fatores e para a EPDAPI 46
- Quadro 5** - Distribuição da Amostra por Idade 47
- Quadro 6** - Distribuição da Amostra por Sexo 47
- Quadro 7** - Distribuição da Amostra por Tempo de Experiência Profissional 47
- Quadro 8** - Distribuição da Amostra por Categoria Profissional 48
- Quadro 9** - Distribuição da Amostra por Serviço onde exercem funções 34
- Quadro 10** - Resultados da Média ponderada com Quartis 25 e 75 para a EPDAPI e Fatores 49
- Quadro 11** - Análise da Correlação entre a Idade, Experiência Profissional, da EPDAPI e Factores 50
- Quadro 12** - Resultados de *t* de Student para o EPDAPI e Fatores, em função do Sexo 51
- Quadro 13** - Resultados de *t* de Student para a EPDAPI e Fatores, em função da Categoria Profissional 52
- Quadro 14** - Resultados de *t* de Student para a EPDAPI e Fatores, em função da Formação SBV 53
- Quadro 15** - Resultados de *t* de Student para a EPDAPI e Fatores, em função da Formação SAV 54
- Quadro 16** - Resultados do teste Anova para a EPDAPI e Fatores, em função dos Serviços 55

**Quadro 17** - Resultados do teste Pos Hoc Tukey para a EPDAPI e Factores, em  
função dos Serviços 56

## LISTA DE SIGLAS

<b>AFE</b>	Análise Fatorial Exploratória
<b>AHA</b>	American Heart Association
<b>BO</b>	Bloco Operatório
<b>C.Ext</b>	Serviço de Consulta Externa
<b>DGS</b>	Direção Geral da Saúde
<b>Dr.</b>	Doutor
<b>EEMI</b>	Equipa de Emergência Médica Intra-Hospitalar
<b>EPDAPI</b>	Escala de Perceção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar
<b>ERC</b>	European Resuscitation Council
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>ICU</b>	Intensive Care Unit
<b>INEM</b>	Instituto Nacional de Emergência Médica
<b>KMO</b>	KaiserMeyer-Olkin
<b>K-S</b>	Kolmogorov-Smirnov
<b>PCA</b>	Principal Components Analysis
<b>PCR</b>	Paragem Cardiorrespiratória
<b>Psiqu.Agudos</b>	Serviço de Psiquiatria Agudos
<b>RCP</b>	Reanimação Cardiorrespiratória Pulmonar
<b>SAV</b>	Suporte Avançado de Vida
<b>SaO2</b>	Saturação Periférica de Oxigénio
<b>SBV</b>	Suporte Básico de Vida
<b>SPSS</b>	Statistical Package for Social Sciences
<b>S.Sangue</b>	Serviço de Sangue
<b>SU</b>	Serviço de Urgência
<b>UCI</b>	Unidade de Cuidados Intensivos
<b>ULSNA</b>	Unidade Local de saúde do Norte alentejano

# ÍNDICE

**DEDICATÓRIA I**

**AGRADECIMENTOS III**

**RESUMO IV**

**ABSTRACT V**

**ÍNDICE DE QUADROS VI**

**LISTA DE SIGLAS VIII**

**ÍNDICE IX**

**1 - INTRODUÇÃO 11**

**2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO 15**

2.1 - A PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA EM CONTEXTO  
HOSPITALAR 15

2.2- TEMPO DE ACTUAÇÃO 16

2.3- CONDICIONANTES DOS RECURSOS DISPONÍVEIS 17

2.4- SISTEMA DE ATENDIMENTO À PCR 19

2.5- FORMAÇÃO EM RCP 21

2.6- RECONHECIMENTO DE SINAIS PERI- PARAGEM/  
DEGRADAÇÃO HEMODINÂMICA 24

2.7- INTERVENÇÃO EM CRISE E LIDERANÇA 25

**3 - MÉTODOS E MATERIAIS 29**

3.1 - A QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESE GERAL 30

3.2 – OBJETIVOS 30

3.3 - DESENHO DO ESTUDO 31

3.4- VARIÁVEIS 33

**3.4.1 - Variáveis Independentes 34**

**3.4.2 - Variáveis Dependentes 34**

3.5 – POPULAÇÃO 35

<b>3.5.1 – Amostra</b>	<b>35</b>
3.6 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	36
3.7 – CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE PERCEPÇÃO DE DIFICULDADES NA ASSISTÊNCIA À PCR INTRA-HOSPITALAR –EPDAPI	39
<b>4 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>46</b>
4.1 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA	47
4.2 - DIFICULDADES PERCECIONADAS NA ASSISTÊNCIA À PCR INTRA-HOSPITALAR: DADOS GLOBAIS DA AMOSTRA	49
<b>4.2.1- Dificuldades Percecionadas na Assistência à PCR Intra-Hospitalar em Função da Idade e Tempo de Experiência Profissional</b>	<b>50</b>
<b>4.2.2- Dificuldades Percecionadas na Assistência à PCR Intra-Hospitalar em Função do Sexo</b>	<b>51</b>
<b>4.2.3- Dificuldades Percecionadas na Assistência à PCR Intra-Hospitalar em Função da Categoria Profissional</b>	<b>52</b>
<b>4.2.4- Dificuldades Percecionadas na Assistência à PCR Intra-Hospitalar em função da Formação SBV</b>	<b>53</b>
<b>4.2.5- Dificuldades Percecionadas na Assistência à PCR Intra-Hospitalar em Função da Formação SAV</b>	<b>54</b>
<b>4.2.6- Dificuldades Percecionadas na Assistência à PCR Intra-Hospitalar em Função dos Serviços</b>	<b>54</b>
<b>5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>58</b>
<b>6 - CONCLUSÃO</b>	<b>65</b>
6.1- LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES DE INVESTIGAÇÕES FUTURAS	67
<b>7 - BIBLIOGRAFIA</b>	<b>70</b>
<b>ANEXOS</b>	
ANEXO 1- Questionário sobre a Percepção das Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar	
ANEXO II- Autorização do Conselho de Administração da ULSNA para aplicação do Questionário	



## 1- INTRODUÇÃO

Segundo Fortin (1999: 48), *“qualquer investigação tem por ponto de partida uma situação considerada como problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que por consequência exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenômeno observado.”* E face às necessidades de saúde das populações e do indivíduo, em constante mudança, e da própria identidade profissional do enfermeiro, é cada vez mais urgente a necessidade de reflexão sobre as funções profissionais, sobre as suas implicações pessoais, sociais, morais e éticas e ainda sobre a natureza dos processos e tipos de conhecimento que as subentendem e que pressupõem o seu desenvolvimento.

Quando pensamos em hospitais, frequentemente idealizamos cuidados de saúde interdisciplinares de excelência, direcionados para a cura e tratamento de condições agudas, com risco de vida. A sociedade espera que todos os esforços sejam feitos no sentido de agilizar cuidados, competências, e conhecimentos, de forma a aumentar a esperança de vida com qualidade.

Assim, a Paragem Cardiorrespiratória (PCR) é um evento comum nas enfermarias hospitalares, corredor de um serviço, num elevador, e pode suceder em doentes internados, em consulta, visitas ou mesmo até em funcionários de uma unidade de saúde. A forma como estas potenciais vítimas são abordadas e a celeridade desse atendimento é extremamente importante na sua sobrevivência. É uma ocorrência inesperada que constitui uma grave ameaça à vida das pessoas, sendo necessário durante o atendimento atuar com rapidez, eficiência, conhecimento técnico-científico, habilidade e perícia técnica. Além disso ainda requer infraestruturas e equipamentos adequados, bem como um entendimento harmonioso e sincronizado entre todos os intervenientes no processo, visando o restabelecimento da vida, a limitação do sofrimento e a recuperação com um resultado mínimo de sequelas para o paciente.

As condutas dos profissionais de saúde devem procurar direcionar as suas ações de forma sistematizada no sentido de promover a qualidade assistencial. Pela experiência clínica dá-se conta que existe um claro investimento na formação técnica, sistematizada, com vista ao aperfeiçoamento profissional de modo a que a resposta a uma situação potencialmente ameaçadora de risco de vida, seja a mais rápida e adequada possível. No entanto, ainda se verificam limitações ao nível de atuação, muitas delas dificultadas por estruturas físicas, recursos materiais, bem como distribuições funcionais dos recursos humanos, por vezes ineficazes, inadequados e insuficientes (Catalão, 2005).

No atendimento à PCR em ambiente intra-hospitalar, os profissionais de saúde, envolvidos diretamente na RCP, são o médico e o enfermeiro. É a estes profissionais que é atribuída a responsabilidade de assistir ao evento de PCR, de uma forma organizada e sistematizada, com vista à sobrevivência e ao melhor atendimento possível do paciente.

O enfermeiro é o mediador nesse contexto, pois na maioria das ocorrências é ele que primeiro deteta o evento de PCR. A ele é atribuída a responsabilidade da ativação e chamada do médico ao evento, da administração de SBV, provisão do carro de emergência, dos materiais necessários, das drogas a serem preparadas, bem como dos cuidados necessários durante esse evento. Um enfermeiro ou um médico, que desconheçam, em parte ou no todo, esse processo podem promover o erro da equipa, o que pode ser prejudicial ao paciente em atendimento e comprometer a sua sobrevivência.

Outro aspeto relevante é o facto de o desconhecimento dos profissionais de saúde acerca do ambiente e dos recursos disponíveis poder contribuir para a desorganização do processo de trabalho que envolve o atendimento ao indivíduo em PCR. A integração da equipa multidisciplinar e o sucesso da RCP dependem disso. As ações que serão realizadas pela equipa médica e de enfermagem, dependem desta perfeita sintonia na atuação, nesse momento do cuidado emergente.

Por fim, se os processos que envolvem a PCR não estão organizados e integrados, o que se espera é um ambiente onde o cuidado pode acontecer de forma não sistematizada, distante das *guidelines* validadas. Dessa forma, o conhecimento por parte de enfermeiros e médicos, sobre os conceitos e *guidelines* de RCP atuais é um primeiro

passo para que a assistência à PCR seja eficaz. Esse conhecimento atualizado pode ser um grande suporte para a prevenção desse evento tão comum no ambiente hospitalar.

O atendimento à PCR envolve a necessidade de avanços no conhecimento dos profissionais de saúde sobre os cuidados prestados, bem como exige um aperfeiçoamento da atuação da equipa multidisciplinar, com a valorização dos diversos saberes e levantamento das dificuldades na atuação. A PCR pode ser reversível e para isso é necessário, além do conhecimento técnico: organização, treino, trabalho em equipa, aperfeiçoamento contínuo e melhoria da qualidade do atendimento.

Assumem, então, especial relevância as dificuldades, as limitações e as necessidades dos profissionais de saúde na assistência à PCR, que interferem diretamente na sobrevida imediata das vítimas assistidas. Com a identificação destas dificuldades percecionadas pelos profissionais podemos caminhar a par com a evolução da sociedade e da humanidade, exigindo aos profissionais qualificações que respondam às necessidades das populações, aumentando assim a qualidade e esperança de vida das mesmas.

Nesse sentido, e no âmbito do Mestrado Em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, surgiu a Questão de Investigação: ***“Que dificuldades os profissionais de saúde sentem na assistência à PCR?”***.

Com este trabalho, e na tentativa de responder à questão de investigação, desenvolvemos um estudo Quantitativo, Transversal e Correlacionado, onde foi aplicado um questionário, com questões do tipo Likert, para estudo das variáveis e construção e validação de uma escala para mensurar a variável dependente "Dificuldades sentidas na Assistência à CPR". Este instrumento teve como objetivo proceder ao levantamento das dificuldades percecionadas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na assistência à Paragem Cardiorrespiratória Intra-Hospitalar, e identificar quais os Factores condicionantes, como interferências desfavoráveis, na Reanimação Cardiorrespiratória (RCP).

O **Objetivo Geral** do trabalho passou por: **Avaliar as dificuldades percebidas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na assistência à PCR, e quais os fatores condicionantes, como interferências desfavoráveis, na RCP.**

Os **Objetivos Específicos** são:

- Identificar as limitações e restrições no que concerne à atuação dos profissionais de saúde.
- Identificar as necessidades dos profissionais de saúde no âmbito da assistência à PCR.

Com a elaboração deste estudo pretendemos adquirir conhecimentos e prática na realização de estudos científicos, bem como desenvolver conhecimentos temáticos na área estudada. Esperamos que com este trabalho se produza um contributo efetivo para melhorar a intervenção em saúde e aperfeiçoamento da qualidade e atuação dos profissionais, com evidentes ganhos para a saúde.

A presente dissertação divide-se em 5 partes.

A primeira parte apresenta uma revisão da literatura, identificando os principais conceitos relacionados com o tema de investigação, em particular as principais dificuldades, ou fatores condicionantes da assistência à PCR a nível Intra-Hospitalar. Para tal procedeu-se à pesquisa e revisão da literatura relevante, com o objetivo de perceber quais as principais variáveis e conceitos-chave a considerar no estudo.

Na segunda e terceira partes, é apresentado o modelo de investigação proposto para estudo da variável dependente, discutindo-se os objetivos e hipótese do estudo, bem como a metodologia utilizada na investigação, descrevendo-se o método de recolha de dados e amostra, operacionalização das variáveis e análise da validade da escala construída: Escala de Perceção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar – EPDAPI.

A quarta parte aborda a análise efetuada aos dados recolhidos, sendo os mesmos posteriormente interpretados e discutidos.

Na quinta e última parte da dissertação, serão apresentadas as considerações finais da investigação, indicando as principais conclusões retiradas do estudo, bem como as limitações e sugestões para futuras investigações.

## 2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 2.1 - A PARAGEM CARDIORRESPIRATÓRIA EM CONTEXTO HOSPITALAR

Preservar a vida do doente com a máxima qualidade possível é o objetivo diário de todos os profissionais de saúde. No entanto, a PCR, é um incidente infeliz que pode ocorrer subitamente, em qualquer altura, em qualquer lugar e apresenta alta mortalidade (Hajbaghery, Mousavi, Akbari, 2005).

As mortes por Paragem Cardiorrespiratória são um problema de grande envergadura para a saúde pública, com grande impacto social, sanitário e económico (Catalão, 2011). No meio hospitalar português desconhece-se a percentagem atual, devido à carência de registos hospitalares de PCR a nível nacional, e por conseguinte de dados fidedignos. Existe, no entanto, um Registo Nacional de Paragem Cardiorrespiratória Pré-Hospitalar, desenvolvido pelo Instituto Nacional de Emergência Médica, com o intuito de construir um registo observacional, prospetivo, contínuo, a partir do qual possam ser obtidos dados sobre a prevalência de morte súbita em Portugal ([www.inem.pt](http://www.inem.pt), 2013).

A nível internacional, estima-se que o número de pacientes que se tratam anualmente por PCR intra-hospitalares nos EUA, é de 370.000 a 750.000 e na Europa de 700.000 (Herrera, Lopez, Gonzalez, Dominguez, Garcia, Bocanegra, 2009).

Segundo Phipps (2003), a paragem cardiorrespiratória caracteriza-se pela cessação da respiração e da circulação num indivíduo o que resulta num estado de morte clínica. É sabido que, em ambiente intra-hospitalar, a PCR ocorre principalmente em ritmos cardíacos não desfibrilháveis (assistolia ou atividade elétrica sem pulso), o que acarreta, por si só, muito mau prognóstico (Magalhães, Guimas, Ferreira, Ribeiro, Paiva P., 2009). Na Europa, as doenças cardiovasculares apresentam uma incidência de 40% de

todas as mortes em indivíduos com menos de 75 anos, assim nestes casos a PCR não é habitualmente um acontecimento súbito e inesperado, mas o resultado de uma falência progressiva (INEM, 2007). Segundo Pinto (2005: p. 16) “Ao contrário do que acontece nas paragens pré-hospitalares, cerca de 80% das paragens hospitalares, não é repentina mas sim precedida de sinais objetivos de instabilidade clínica e fisiológica“. Algum tempo antes de sofrer PCR, o indivíduo pode apresentar sinais e sintomas que incluem: dificuldade respiratória, elevação da frequência cardíaca, diminuição do débito cardíaco, hipotensão, prostração, letargia e estado confusional (INEM, 2007).

Dos pacientes que apresentaram episódios de PCR hospitalares, 50% a 80% apresentaram horas antes, alguma instabilidade fisiológica que não foi reconhecida, que passou despercebida ou se tratou de forma ineficaz e incorreta, como referiu Scales, Abrahamson e Brunet (2003) no seu estudo “*The ICU Outreach Team*”.

Na PCR intra-hospitalar, a reanimação é um *continuum*, conceito que se baseia no senso comum, esperando-se que os profissionais iniciem a reanimação, garantindo que em todas as PCR intra-hospitalares seja assegurado que:

- A PCR é reconhecida de imediato;
- O pedido de ajuda é feito seguindo o modelo estabelecido a nível hospitalar;
- Se inicia de imediato o SBV, com os adjuvantes da via aérea que estejam indicados, e a desfibrilhação o mais depressa possível, em menos de 3 minutos;
- Todas as áreas clínicas devem ter acesso imediato ao equipamento e medicamentos necessários para a rápida reanimação das vítimas de PCR (Guidelines of Resuscitation, 2010).

## 2.2- TEMPO DE ACTUAÇÃO

O sucesso da reanimação depende, da atuação de uma equipa multidisciplinar, com formação e raramente da execução de atos desorganizados e ou isolados. Não basta atuar de forma rápida, é necessário atuar de forma coordenada e eficaz, utilizando técnicas apropriadas e administrando terapêuticas com absoluto conhecimento da sua indicação, dosagens e contraindicações. São fatores condicionantes, como interferências

desfavoráveis na evolução desses pacientes, o tempo de início da reanimação, a hipotensão prévia, Sepsis, a duração da reanimação, o tempo em paragem cardiorrespiratória e o ritmo cardíaco inicial (Catalão, 2011).

A hipótese de sucesso da reversão da PCR aumenta quando a RCP é aplicada nos primeiros 4 minutos da paragem e a desfibrilhação nos primeiros 8 minutos (Hajbaghery, Mousavi, Akbari, 2005). Se nada for feito, a probabilidade de salvar uma vítima em paragem cardiorrespiratória diminui 7 a 10% por cada minuto que passa, sem a vítima ser ajudada. Pelo contrário, se a testemunha iniciar imediatamente reanimação cardíaca e pulmonar, o declínio da probabilidade de sobreviver é mais gradual, cerca de 3 a 4% por cada minuto que passa.

No indivíduo em PCR, as reservas de energia e oxigénio do cérebro esgotam-se ao fim de 5 minutos (Guidelines of Resuscitation, 2010). Assim, a taxa de sobrevivência decresce se qualquer um destes tempos for excedido. No entanto, foi documentado que profissionais bem treinados, desempenham um papel importante na deteção precoce da PCR e início de RCP, bem como desfibrilhação (Einav, Shleifer, Kark, Landesberg, Matot, 2006).

### 2.3- CONDICIONANTES DOS RECURSOS DISPONÍVEIS

Muitos casos de PCR podem ser revertidos por Reanimação Cardiopulmonar imediata (RCP). “A ressuscitação cardiopulmonar é um procedimento que visa a restauração da função cardiorrespiratória em doentes que sofreram paragem cardiorrespiratória, e tem como objetivo prolongar a vida com bom prognóstico neurológico” (Mendes, Carvalho, Dias e Granja, 2009: p. 182).

É bem reconhecido que a melhoria do resultado da PCR é dependente de 3 fatores chave: instituição de RCP precoce, otimização do tempo de resposta à ocorrência e desfibrilhação precoce (Hajbaghery, Mousavi, Akbari, 2005).

Durante a década passada, muitos estudos descreveram as taxas de sobrevivência, e os fatores que influenciam os resultados, após PCR intra-hospitalares (Catalão, 2011).

Foi estabelecido que a taxa de sobrevivência hospitalar varia muito em função da ocorrência de episódios de PCR, em áreas de doentes críticos (UCI), urgências, blocos operatórios, ou em serviços de internamento não monitorizados (Sandroni, Nolan, Cavallaro, Antonelli, 2007). Talvez por inexperiência dos profissionais em utilizar equipamento e fármacos de urgência, recursos insuficientes, défices de formação ou competência em Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida, e até a própria estrutura e localização das enfermarias, pode interferir com o atendimento nas PCR's e reconhecimento de sinais de degradação hemodinâmica e neurológica (Herlitz, Bang, Aune, Ekstrom, Lundstrom, Holmberg, 2000).

Segundo Herlitz et al (2000), os pacientes que são reanimados em áreas com monitorização apresentam taxas de sobrevivência mais altas em comparação com pacientes que foram reanimados em áreas não monitorizadas. O mesmo autor refere ainda, que existem diferenças significativas nos resultados referentes: à existência de equipamento de monitorização da atividade elétrica dos pacientes, bem como da existência de pessoal treinado e com experiência, à utilização do SBV e do SAV em situações de emergência, às distâncias entre a ocorrência do episódio e o equipamento de emergência e à perícia na sua utilização, e ao próprio local dentro da instituição onde ocorre o episódio emergente.

O carro de emergência é um dos elementos de maior importância dentro da unidade hospitalar. É, portanto, de extrema necessidade a verificação e controlo de todo material, protegendo o paciente contra danos decorrentes de imperícia ou imprudência por parte de qualquer membro da equipa de saúde, num evento de PCR.

Todo o material utilizado em RCR deve estar operacional e disponível em local de fácil acesso. De acordo com as diretrizes da Direção Geral de Saúde (2013), o conteúdo e a quantidade de material do carro de emergência deve ser homogéneo em todos os serviços do hospital. Segundo o Despacho n.º 5414/2008, de 28 de Fevereiro, o carro de emergência deve existir em todas as unidades do sistema de saúde que lidam com doentes agudos ou com doenças crónicas, que possam agudizar. Recomendando um rácio mínimo de 1/50 camas.

O carro de emergência é uma estrutura móvel onde se encontra um conjunto de equipamentos, fármacos e outros materiais, indispensáveis para atuar em contexto de emergência.

A sua existência, bem como de todo o seu material e a sua organização, são ferramentas importantes para o sucesso na abordagem de um evento de PCR.

## 2.4- SISTEMA DE ATENDIMENTO À PCR

Um hospital é um sistema de emergência médica autónomo, e a sua eficiência e eficácia depende dos mesmos elos da Cadeia de Sobrevivência (Catalão, 2011). Existem evidências suficientes de que a sobrevivência à PCR depende essencialmente da rapidez com que se atua em cada um dos elos, ou das fases, da Cadeia de Sobrevivência (Iwami, Nichol, Hiraide, Hayashi, Nishiuchi, Kajino, 2009).

A Cadeia de Sobrevivência está dividida em 4 elos: 1º Acesso precoce aos serviços de emergência, 2º Suporte Básico de Vida imediato, 3º Desfibrilhação atempada, 4ª Suporte Avançado de Vida e Cuidados Pós-reanimação (INEM, 2007). Este conceito deriva da necessidade de sequenciar atitudes, para que cada elo se articule com o procedimento anterior e assim sendo não desrespeitar a sequência dos procedentes (Catalão, 2011).

À luz do conhecimento atual, consideram-se estes quatro aspetos de grande importância nos resultados da abordagem às vítimas de paragem cardiorrespiratória, quer no âmbito pré ou intra-hospitalar (INEM, 2007).

*“A organização eficaz para acorrer com prontidão aos pedidos de ajuda é essencial. (...) Durante este tempo a sobrevivência da vítima e a qualidade da sua vida futura está totalmente dependente da iniciação precoce dos três primeiros elos da cadeia de sobrevivência pelo cidadão que reconhece a vítima de colapso” (ERC, 2005: p.3).*

A sobrevivência parece, assim, relacionada com a eficácia da organização da ressuscitação nas diferentes áreas de um hospital ou serviço (Einav, Shleifer, Kark,

Landesberg, Matot, 2006). A sobrevivência dos pacientes vítimas de PCR hospitalar é baixa, pois no melhor dos cenários a mortalidade ronda os 80-85% e apenas 1% a 10% dos pacientes tratados sobreviverá e terá alta hospitalar (Herrera, Lopez, Gonzalez, Dominguez, Garcia, Bocanegra, 2009). No entanto existe a evidência de que se pode reduzir a mortalidade, e as sequelas provocadas pelas paragens cardiorrespiratórias hospitalares, se a resposta assistencial for melhorada.

Na maioria dos hospitais portugueses, a atuação em caso de PCR intra-hospitalar está deficientemente estruturada, gerando algumas incertezas na intervenção prática. Alguns hospitais já possuem em funcionamento uma resposta organizada à paragem cardiorrespiratória, com Equipas de Reanimação (Catalão, 2011). Estas equipas são ativadas, exclusivamente, em situações em que já se verifica uma paragem cardiorrespiratória. Noutros hospitais, no entanto, essas equipas evoluíram, recentemente, para Equipas de Emergência Médica Intra-hospitalar (EEMI), que são ativadas, não só para situações de PCR, mas também para situações de significativa deterioração fisiológica aguda.

Estas equipas geralmente são compostas por médicos e enfermeiros das enfermarias de cuidados intensivos ou medicina e são ativados por critérios pré-definidos. Uma meta-análise recente demonstrou que os sistemas de EEMI estavam associados à redução das taxas de PCR e de mortalidade fora das UCI (ERC, 2010). No documento “Critical Care Outreach 2003-Progress in Developing Services”, foi realizado um Inquérito Nacional em Londres, onde é reportado o sucesso de sistemas de EEMI, na assistência de doentes críticos a nível hospitalar. O Relatório menciona as boas práticas correntes a nível internacional, que podem ser adotadas e adaptadas, no que diz respeito à implementação e desenvolvimento de sistemas de EEMI. Neste relatório constatou-se que num hospital de Londres, o The Royal Free Hospital, num estudo que envolveu 546 doentes num período de um ano (2001 a 2002), ocorreu uma significativa diminuição da taxa de mortalidade associada à PCR hospitalar (de 22.7% para 14.7%), bem como uma redução na taxa de readmissão hospitalar (de 12.8% a 5.8%).

Tendo em conta que os sistemas de assistência hospitalar à PCR atuais, a nível nacional (que consiste em solicitar apoio ao médico do Serviço de Urgência ao local do evento emergente) são insuficientes na sua atuação, a Direção Geral da Saúde emitiu a 22 de Junho de 2010 uma circular normativa referente à criação e implementação de Equipas

de Emergência Médica Intra-Hospitalar ([www.dgs.pt](http://www.dgs.pt), 2013). A Circular Normativa n.º 15/DQS/DQCO, de 22/06/2010, estipula que cada hospital deveria, de acordo com a sua organização interna e os recursos disponíveis, assegurar a existência, 24 horas por dia, 365 dias por ano, de uma equipa de emergência médica intra-hospitalar, até ao final de 2011. Esta equipa deve assegurar resposta a toda a população da instituição, incluindo, além dos doentes internados, utentes das consultas, visitantes, profissionais de saúde, etc. A circular determina ainda a necessidade de formar todos os profissionais da instituição, mesmo das áreas não clínicas, em suporte básico de vida, em monitorização clínica, em critérios de ativação da EEMI e no seu papel no funcionamento do sistema (Catalão, 2011).

Existe também uma carência nos Registos de PCR hospitalares a nível nacional, como foi referido anteriormente. Com esta implementação os registos realizados pelas EEMI, iriam contribuir para um Registo Nacional de Paragem Cardiorrespiratória Hospitalar em desenvolvimento pela Direção Geral da Saúde, e permitir auditorias ao desempenho dos profissionais de saúde, para a promoção da Qualidade.

De salientar que atualmente este sistema de atendimento à PCR hospitalar não está implementado de forma global a nível nacional, apesar da normativa da DGS, por condicionalidade de recursos humanos e económicos.

## 2.5- FORMAÇÃO EM RCP

A interrupção súbita das funções cardiopulmonares constitui um problema que sempre foi um desafio para a medicina. Representa uma emergência médica extrema, cujos resultados serão a lesão cerebral irreversível e a morte, caso as medidas adequadas para restabelecer o fluxo sanguíneo e a ventilação não sejam realizadas (AHA, 2013).

A necessidade de atitudes rápidas e precisas determina a contínua necessidade de atualização diante das novas *guidelines* na assistência à PCR, por parte dos profissionais de saúde. A aplicação imediata, competente e segura das medidas de reanimação, por

parte da equipa que primeiro intervém, é um importantíssimo fator que contribui para o sucesso da assistência e consequente sobrevida da vítima de PCR.

Assim, a integração de esforços por uma equipa multidisciplinar, proporciona ao paciente, quer seja em PCR ou não, uma qualidade de assistência da qual o enfermeiro é imprescindível. Durante a PCR, é de suma importância a atuação de uma equipa coordenada e articulada em todas as ações a serem executadas. O reconhecimento precoce dos eventos determina o aumento da sobrevida das vítimas (Silva, Padilha, 2001).

Durante a assistência a vítimas de PCR, é possível encontrar profissionais de saúde que têm dificuldade em realizar os procedimentos de emergência ou mesmo dificuldade em manusear o carro de reanimação cardiopulmonar, restantes materiais e fármacos.

Nesse sentido, Santiago (2006) refere que muitas vezes a equipa de enfermagem deteta os sinais de PCR, ativa a chamada de emergência, porém não inicia as manobras de reanimação cardiopulmonar, limitando-se a levar o equipamento de reanimação até à vítima e esperar a chegada do médico.

Essa dificuldade na assistência não se restringe à equipa de enfermagem, mas também é, muitas vezes, observada em outros profissionais da área de saúde que participam na assistência à PCR.

Sabe-se que o tempo de assistência à vítima de PCR é fundamental para a sua sobrevida, assim, é muito importante que os profissionais da área de saúde se sintam preparados técnica e cientificamente, para atuar durante as manobras de reanimação cardiopulmonar. A assistência à vítima em PCR, com as consequentes manobras de reanimação cardiopulmonar, deve ser considerada como conhecimento obrigatório e prioritário de todos os profissionais de saúde, independentemente da sua categoria profissional (Barbosa *et al.*, 2006).

No contexto hospitalar, a equipa de enfermagem é aquela que reconhece a paragem cardiorrespiratória de imediato, sendo a responsável por iniciar os primeiros procedimentos de reanimação cardiopulmonar e o suporte básico de vida. Assim, a equipa multidisciplinar deve estar apta para reconhecer o evento de PCR, pois esse episódio representa a mais grave emergência clínica com que se pode deparar.

A formação em RCP deve ser baseada nos protocolos recomendados pelo Conselho Português de Ressuscitação mais recentes. Esses protocolos ou recomendações, visam garantir a uniformização dos procedimentos e técnicas preconizadas para a assistência às vítimas de PCR. Nessas recomendações destaca-se: a formação de profissionais de saúde em RCP, enfatizando a extensão dessa formação ao público leigo em geral, especificamente no que se refere ao Suporte Básico de Vida (SBV); e o Suporte Avançado de Vida (SAV) que tem sido recomendado para os profissionais de saúde como médicos e enfermeiros.

De acordo com Santiago (2006), as habilidades necessárias para a realização de RCP não se limitam ao domínio do conhecimento (habilidades cognitivas), ou de uma excelente habilidade motora (psicomotora), mas também da habilidade afetiva, visto que o uso apropriado de sentimentos e emoções é de fundamental importância neste momento.

A aprendizagem necessária no desenvolvimento das técnicas de RCP, baseia-se no desenvolvimento de habilidades cognitivas e motoras. Nesse contexto, o procedimento de Reanimação Cardiopulmonar é predominantemente motor, ainda que as habilidades cognitivas e afetivas sejam necessárias. O termo “habilidade” é entendido como um indicador de qualidade de desempenho, qualidade geralmente julgada com base na produtividade do executante ou em certas características do seu desempenho (Miydahira, 2001).

Assim, para a assistência à PCR, é importante que o profissional de saúde tenha conhecimentos científicos, tais como: reconhecer os sinais de PCR, identificar as principais arritmias cardíacas presentes, reconhecer as principais drogas usadas nestas situações, entre outros. A assistência envolve reconhecimento da PCR precoce, solicitar ajuda, iniciar suporte ventilatório e circulatório. É preciso salientar que o desenvolvimento das ações iniciais exige destes profissionais conhecimentos e habilidades que não são frequentes, dependendo do serviço onde estão alocados, na sua rotina diária de trabalho.

Os eventos de PCR fornecem experiência prática em RCP, a qual pode ser utilizada como uma ferramenta de ensino, baseada em reflexão ativa individual e/ou da equipa envolvida. Este conceito de reflexão, após experiência prática, denomina-se **Debriefing**

(Flato, Guimarães, 2011), ou seja, uma forma de associar a experiência vivida e analisar de forma construtiva o contexto e as ações realizadas dentro dela.

Esta análise é de extrema importância, pois consegue-se mensurar o desempenho de aprendizagem do profissional e refletir de forma ordenada, modificando a sua prática profissional de forma benéfica.

O *Debriefing* pode ser conduzido pelo líder da equipe e/ou por um facilitador treinado. Nem todos os eventos emergentes necessitam de *Debriefing*, no entanto quanto mais complexo for o evento, maior será o benefício da sua implementação, especialmente nas situações como: atuação em equipe, coordenação/gestão de situações críticas e avaliação comportamental da equipe em situações de PCR. Uma regra prática para avaliar a necessidade de *Debriefing* foi descrita por Allan e col, a qual coloca duas questões para avaliar este processo: 1) *Os profissionais perderam o “fio à meada”?*; 2) *Pode-se utilizar ideias levantadas durante o evento através de uma discussão de experiências?* Caso a resposta a estas duas questões seja positiva, então está recomendado o *Debriefing*. (Flato, Guimarães, 2011) Atualmente existem diversas formas de o realizar e métodos cientificamente validados nesta área, que podem contornar situações de emergência de forma ordenada e com trabalho em equipe, resultando em desfechos satisfatórios para a vítima de PCR.

## 2.6- RECONHECIMENTO DE SINAIS PERI- PARAGEM/ DEGRADAÇÃO HEMODINÂMICA

Para reconhecer precocemente o paciente em risco de vida, cada paciente deve ter um plano de monitorização de sinais vitais que explicita as variáveis a monitorizar e a frequência com que devem ser avaliadas. Muitos hospitais utilizam escalas de alerta ou critérios de ativação precoce para identificar a necessidade de frequência da monitorização ou pedir ajuda diferenciada (ERC, 2010)

A possibilidade de se obter apoio especializado nas vítimas de PCR, com correção precoce das alterações detetadas, melhora o prognóstico. Uma intervenção precoce e

adequada pode diminuir a mortalidade e a morbilidade dos doentes que sofrem um processo de deterioração clínica agudo.

Existem critérios definidos que servem de estratégia de definição e eventual reforço do nível de monitorização clínica dos doentes internados. Segundo a Circular Normativa da DGS, N°15 de 22/06/2010, estes critérios devem ser seguidos para a ativação da assistência médica diferenciada, em situações de peri-paragem ou agravamento clínico súbito.

#### **Sinais Vitais e Nível de Consciência:**

- Compromisso da via aérea
- Paragem respiratória
- Frequência respiratória <6 ou> 35 ciclos/minuto
- SaO<sub>2</sub> <85% com oxigénio suplementar
- Paragem cardiorrespiratória (PCR)
- Frequência circulatória <40 ou> 140 batimentos/minuto
- Pressão arterial sistólica <90 mmHg
- Escala de Coma de Glasgow – diminuição > 2 pontos
- Crise convulsiva prolongada ou repetida
- Perda súbita de consciência

(www.dgs.pt, 2013)

## 2.7- INTERVENÇÃO EM CRISE E LIDERANÇA

É fundamental a importância o papel dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) no sucesso da reanimação cardiopulmonar. Assim cabe a estes profissionais, iniciar uma assistência rápida, eficiente, segura e com espírito de equipa, para obter sucesso no atendimento, minimizar stress desnecessário e risco de acidentes.

No cuidado emergencial estima-se a preservação da vida promovendo a recuperação das funções fisiológicas até que seja providenciado o cuidado definitivo. Este visa cuidados com: as vias aéreas, respiração ineficaz, apneia, inconsciência, ausência de pulso arterial, reatividade de pupilas comprometidas, habilidade motora ineficaz, entre outras. É fundamental a importância do papel do enfermeiro no sucesso da RCP uma vez, que

habitualmente o diagnóstico de PCR é realizado pela equipa de enfermagem, pois esta durante mais tempo e de forma contínua, próximo dos pacientes.

De acordo com Wehbe e Galvão (2005), ser líder é também função do enfermeiro, nomeadamente para coordenar equipas e gerir a assistência prestada. Consequentemente exerce influência não somente na equipa de enfermagem, como nos restantes membros da equipa multidisciplinar.

Os enfermeiros exercem uma liderança fundamentada no conhecimento das habilidades, características individuais e necessidades dos membros da equipa de enfermagem. Desenvolve uma gestão orientada para as necessidades do serviço cumprindo assim normas e tarefas, reproduzindo o que é preconizado pela organização e por outros profissionais, incluindo a equipa médica.

Para Guimarães, Delascio e Lopes (2005), é função prioritária do enfermeiro prestar assistência ao paciente grave, porém a sua função perante uma reanimação cardiopulmonar é bem mais extensa que a simples assistência, cabendo-lhe dar suporte providenciando recursos materiais e treino contínuo, visando adequadas condições de atendimento em qualquer âmbito hospitalar.

O conhecimento prévio dos procedimentos tende a otimizar a assistência diminuindo assim o stress dos profissionais de saúde, pois o atendimento à RCP deve decorrer em ambiente tranquilo, de forma que todos ouçam o comando do líder. O enfermeiro realiza a sua atuação conjuntamente com o médico, através do seu conhecimento científico, do trabalho sincronizado e organizado. No desempenho das suas atribuições, a equipa de enfermagem desenvolve uma perfeita integração com a equipa médica, tendo como objetivo a padronização da prestação da assistência de qualidade, otimizando as condições de recuperação do paciente.

Para tal, também é necessário conhecimento acerca dos recursos físicos na reanimação: sobre monitores, desfibrilhador, farmacologia, etc. De acordo com Guimarães, Delascio e Lopes (2005), o enfermeiro é responsável pela avaliação do espaço físico quanto à presença de energia, rede de oxigénio, vácuo, plano duro, macas, carro de emergência com desfibrilhador, medicamentos de emergência, entre outros equipamentos necessários para assistir à PCR hospitalar.

A previsão de necessidades e a garantia de funcionamento de materiais e equipamentos espelha uma enfermagem de alta qualificação técnica, e este é o primeiro passo para todas as ações que serão realizadas durante e após o atendimento da PCR (Cintra, 2005).

Não há justificativa para uma assistência desorganizada entre o enfermeiro e o médico. Assim que o líder (o médico que é chamado) chega ao local do evento emergente, deve apresentar-se à equipa e imediatamente avaliar o comando da assistência. Na fase da reanimação propriamente dita, os elementos da equipa devem posicionar-se e iniciar imediatamente as ações delegadas. O algoritmo de Suporte Avançado de Vida, preconiza que um dos integrantes da equipa de reanimação seja o "líder", procurando o melhor desempenho e organização durante a assistência prestada (INEM, 2007). O profissional que assume essa posição em geral é o médico, pois também assume o aspeto legal da prescrição terapêutica a ser aplicada nos eventos emergentes, atuando no comando da decisão clínica do evento.

No entanto, é necessário que o enfermeiro também atue como líder, para coordenar a dinâmica da equipa conforme a atuação adotada.

A RCP é um conjunto de procedimentos padronizados que requer rapidez e eficiência. Pode-se afirmar que salvar vidas é uma tarefa stressante e até traumatizante. Portanto, comandar todas as etapas da reanimação deve ser tarefa dum "líder" que mantenha um bom estado de espírito, impedindo que a ansiedade interfira na sua capacidade de raciocínio, além de orientar com responsabilidade a equipa no desempenho das suas intervenções, mantendo uma postura ética e moral adequadas.

Além das habilidades cognitivas e psicomotoras necessárias para que os profissionais de saúde possam assistir às vítimas de PCR (como foi referido anteriormente) é necessário também o uso das habilidades afetivas, que devem estar presentes no líder da RCP. As habilidades afetivas, de acordo com Bloom e cols. (1973 *apud* Santiago, 2006), expressam os sentimentos e atitudes que os indivíduos demonstram em relação a uma determinada situação. Este comportamento tem relação com o sistema de valores, com as experiências anteriores vividas e a filosofia de vida das pessoas.

A própria *American Heart Association* (AHA, 2013) destaca que os componentes emocionais podem afetar a aprendizagem e o desempenho de atividades, de diferentes

modos, em diferentes pessoas. Salienta que é possível encontrar adultos que se deixam envolver de forma negativa pelas suas tensões, medos e ansiedades. Da mesma forma, valores e convicções podem afetar a capacidade de agir sobre uma determinada situação. Muitas vezes o indivíduo aceita ou rejeita determinada informação dependendo de como esta se ajusta à escala de valores e experiências prévias.

De acordo com Bertoglio *et al.* (2008), as situações de PCR são, muitas vezes, dramáticas, e requerem dos profissionais a mobilização de várias habilidades, e que se relacionam diretamente com as hipóteses de sucesso na RCP.

### 3- MÉTODOS E MATERIAIS

A metodologia constitui a segunda fase do processo de investigação, e é nesta etapa que decorre a escolha do desenho de investigação. Esta pode ser definida como o “Conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 1999: p.372). Esta etapa é percebida como um plano detalhado que conduz à investigação, na qual o investigador aborda o tipo de estudo, a população, a seleção da amostra, o instrumento de medida e elabora um plano para posterior colheita e análise de dados (Burns & Groove, 2001).

O investimento na construção de conhecimentos e saberes próprios de cada profissão, com recurso a métodos de investigação próprios das ciências de enfermagem, será um contributo essencial para a melhoria na qualidade de cuidados. Burns & Grove (1993) citado por Fortin (1999: p.17) definem investigação científica como “ *um processo sistemático, efetuado com o objetivo de validar conhecimentos já estabelecidos e de produzir outros novos que vão, de forma direta ou indireta, influenciar a prática*”.

Para Fortin (1999: p.17) a investigação científica é “*em primeiro lugar um processo, um processo sistemático que permite examinar fenómenos, com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação*”. A investigação é portanto um método de aquisição de novos conhecimentos, pelo desenvolvimento da teoria ou pela verificação da teoria. Nenhuma profissão terá o desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação.

É através da investigação que as profissões alcançam a autonomia, prestígio e credibilidade; o ato de pesquisar promove o conhecimento da ciência, da profissão e até do conhecimento humano (Quintela, 1999). Torna-se, então, fundamental a aplicação da investigação científica para a construção do conhecimento e resolução dos problemas intrínsecos, para a Enfermagem, permitindo encontrar respostas de forma ordenada e sistemática.

E para produzir evidência científica de qualidade que fundamente e justifique mudanças na prática dos cuidados, é necessário estabelecer um corpo de conhecimentos coeso que

tenha cruzado vários suportes científicos, de modo a dar validade ao conhecimento produzido.

Em qualquer trabalho de investigação, situando-se no centro da fase conceptual do mesmo, é necessária a formulação de um problema de investigação, sendo esta uma das etapas chave do processo. *“Formular um problema de investigação é definir o fenómeno em estudo através de uma progressão lógica de elementos, de relações, de argumentos e de factos. O problema apresenta o domínio, explica a sua importância, condensa os dados factuais e as teorias existentes nesse domínio e justifica a escolha do estudo.”* Fortin (2003:62).

### 3.1 - A QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESE GERAL

Os estudos têm de responder a uma questão bem definida (Ramalho, 2005), já que “sem uma questão de investigação precisa, que defina os conceitos em estudo e especifique a população visada, será em vão formular um problema de investigação” (Fortin, 1999: p.61). Nesse sentido, e no âmbito do Mestrado Em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, surge a Questão de Investigação: ***“Que dificuldades os profissionais de saúde sentem na assistência à PCR Intra-Hospitalar?”***.

Partimos da hipótese geral de que as dificuldades que os profissionais de saúde sentem na assistência à PCR Intra-Hospitalar variam em função de variáveis sociodemográficas e fatores como a experiência profissional, o contexto profissional e a formação específica.

### 3.2- OBJETIVOS

Após a formulação da questão de investigação e para precisar e orientar a metodologia definiu-se o objetivo geral, dado que o objetivo de um estudo permite ao investigador concluir acerca das razões que o levam a realizar, explicitar as variáveis, a população alvo e o contexto do estudo (Fortin, 1999).

Assim, o **Objetivo Geral** passa por:

- Avaliar as dificuldades percebidas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na assistência à PCR, e quais os fatores condicionantes, como interferências desfavoráveis, na RCP, em âmbito Intra-Hospitalar.

E os **Objetivos Específicos** são:

- Identificar as limitações e restrições no que concerne à atuação dos profissionais de saúde;
- Identificar as necessidades dos profissionais de saúde no âmbito da assistência à PCR;

### 3.3 - DESENHO DO ESTUDO

Segundo Fortin (1999: p.133), “a cada tipo de estudo corresponde um desenho que especifica as atividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação (...)”. Refere, ainda, “Quando se dispõe de poucos conhecimentos sobre o problema a tratar, há lugar para empreender um estudo descritivo” (Fortin, 1999: p.161). Este pode ser sobre um conceito, uma população, a frequência da aparição de um fenómeno ou sobre as características deste.

Para tentar responder à questão investigação desenvolvemos um estudo descritivo correlacional e transversal de abordagem quantitativa. Aplicámos um questionário, no período de 15 de Março 15 de Maio de 2013, com questões do tipo Likert, para estudo das variáveis independentes, e construção e validação de uma escala para mensurar a variável dependente "Dificuldades sentidas na Assistência à CPR".

Segundo Fortin (1999: p. 122), “os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações da investigação”. Seguindo esta linha de pensamento, este estudo enquadra-se no domínio da Investigação Quantitativa, que segundo Fortin (1999: p.322) “(...) constitui um

*processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo. (...) o controle permite delimitar o problema de investigação e suprimir os efeitos de variáveis estranhas. As estratégias tais como o controle, os instrumentos metodológicos e a análise estatística visam tornar os dados válidos, isto é, assegurar uma representação da realidade, de modo a que estes dados sejam generalizáveis a outras populações.”*

Este tipo de metodologia segue uma sequência linear. Através do seguimento de uma série de etapas ordenadas, parte-se da definição do problema até se chegar à obtenção de resultados. São características deste estudo a objetividade, a predição, o controle e a generalização (Fortin, 1999).

Entende-se que o presente estudo enquadra-se no domínio da investigação descritiva-correlacional.

O estudo exploratório tem como principal finalidade explorar e descrever fenómenos e características de uma população assim como identificar relações. O estudo descritivo observa, regista, analisa e correlaciona fatores e fenómenos sem os manipular. Estes fatores e fenómenos são estudados sem interferência do investigador.

Para Fortin (2009: p.479), nos estudos descritivos *“o investigador interpreta os resultados referindo-se ao quadro conceptual e às informações obtidas por meio de questões de investigação. Discute características que se destacam do contexto do estudo, estabelece comparações e procura possíveis associações entre as variáveis”*.

Relativamente aos estudos descritivos-correlacionais, acrescenta que estes *“têm por objetivo explorar relações entre variáveis”*, sendo que se trata *“neste tipo de estudo, não de verificar hipóteses, mas sobretudo de examinar relações para encontrar respostas às questões de investigação e de interpretar os resultados em função do contexto do estudo e dos trabalhos de investigação já publicados”*, já que *“na interpretação dos resultados, o investigador deve somente descrever as relações entre as variáveis e não em se ocupar a fazer predições nem estabelecer relações de causalidade”* (Fortin, 2009: p.480).

Por o presente estudo se tratar de um estudo descritivo-correlacional, entende-se que se tem por objetivo explorar relações entre variáveis e descrevê-las. Uma vez que o que se pretende é o exame das relações entre variáveis, *“são as questões de investigação que guiam o estudo e não as hipóteses”* (Fortin, 2009: p.244), entendendo-se que, em

estudos posteriores, as relações que forem descobertas entre as variáveis poderão servir para a formulação de hipóteses (Fortin, 2009).

Entende-se ainda que o presente estudo é entendível como transversal já que “serve para medir a frequência de aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento” (Fortin, 2009: p.252).

### 3.4- VARIÁVEIS

Todo o estudo científico pressupõe a existência de variáveis. Deste modo, variável é todo o elemento ou característica, que varia dentro de um determinado contexto, quantitativa ou qualitativamente; é um aspeto observável de um acontecimento, podendo variar e apresentar diferentes valores relativos ao mesmo ou a outro acontecimento.

Fortin (2009: p.171), refere que *“as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação.”*

Estas podem ser classificadas independentes, dependentes, atributo ou estranhas.

Variáveis de atributo, são aquelas que sendo características dos sujeitos em estudo, apenas têm o objetivo de descrever a população ou amostra. Estas variáveis são geralmente variáveis demográficas.

As variáveis estranhas são variáveis que podem ter efeitos inesperados e modificar os resultados de uma investigação. Elas estão presentes em todos os estudos e podem influenciar quer a variável independente quer a variável dependente.

Todas as variáveis devem ser isoladas para poderem conceptualizar-se e operacionalizar-se. Assim, a definição de uma variável é geral e ampla, sendo a operacionalização mais restrita e direcionada a aspetos específicos, de forma a possibilitar a observação e/ou mensuração.

### 3.4.1 - Variáveis Independentes

Variáveis Independentes, são as que o investigador manipula num estudo experimental para avaliar o seu efeito na variável dependente. Estas variáveis afetam as variáveis dependentes, no entanto não precisam estar relacionadas entre si.

Neste estudo, as Variáveis Independentes são:

- Idade (em anos, questão aberta);
- Sexo (Masculino / Feminino);
- Categoria Profissional (Enfermeiro/Médico);
- Tempo de Exercício Profissional (em anos, questão aberta);
- Serviço onde Exerce Funções (questão aberta);
- Formação em SBV (Sim/Não);
- Formação em SAV (Sim/Não).

### 3.4.2 - Variáveis Dependentes

Variáveis Dependentes são aquelas que são afetadas ou explicadas pelas variáveis independentes, variando de acordo com as mudanças destas últimas. São o comportamento, resposta ou resultado determinado pela presença da variável independente.

Neste estudo a Variável Dependente é “ *Dificuldades sentidas na Assistência à CPR*”.

Para a mensuração desta variável selecionaram-se 49 itens construídos com base na revisão da literatura e experiência da investigadora e que cobrem os constructos considerados fundamentais para avaliar as dificuldades percebidas (Tempo de Atuação; Condicionantes dos Recursos Disponíveis; Sistema de Atendimento à PCR; Formação em RCP; Reconhecimento de sinais Peri-Paragem/Degradação Hemodinâmica e Autocontrole e Intervenção em Crise).

### 3.5 – POPULAÇÃO

Fortin (2009: p.311) define população como *“um conjunto de elementos (...) que têm características comuns”*. Por outro lado, *“a população, que é o objeto do estudo, é chamada de população alvo”*. Assim, entende a população alvo como *“o conjunto de pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente e que permitem fazer generalizações”*.

Como facilmente se compreende, raramente se tem a possibilidade de estudar a população alvo no seu todo, pelo que, examina-se a população acessível, considerando-se esta como a porção da população que é possível aceder (Fortin, 2009). Neste sentido, a População alvo definida para o presente estudo são os Enfermeiros e Médicos que assistem as vítimas de PCR.

#### 3.5.1 – Amostra

As características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo. Quanto maior for o número de elementos da população a estudar, mais veracidade é conferida às conclusões dos resultados do estudo. Porém, nem sempre isso é possível, partindo-se então para a aplicação do estudo em parte dos elementos da população.

Fortin (2009: p.312) define a amostra como a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo, que deve ser representativa desta população, ou seja, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da população. Polit e Hungler (1995: p.144), por sua vez, consideram que *“A amostragem refere-se ao processo de seleção de uma parte da população para representar a sua totalidade. Uma amostra consistiria, então, num subconjunto de entidades que compõem a população. Essas entidades que compõem as amostras e as populações costumam ser chamadas de elementos.”*

A amostra é um subconjunto da população, a partir da qual se estabelecem ou estipulam as características dessa mesma população. Neste estudo a amostra, não aleatória, corresponde a um total de **109** Profissionais de saúde (Médicos e Enfermeiros) da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano no Hospital Dr. José Maria Grande de Portalegre.

A técnica de amostragem usada foi não probabilística, acidental ou por conveniência.

### 3.6 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Após a escolha do problema de investigação e de percorrer várias etapas com vista à obtenção de resultados, chega a altura do investigador saber que dados quer colher e como os obter. Assim, *“deve ter em conta o nível da questão em investigação (...), quando se trata da explicação ou predição de fenómenos (...) o investigador examina a natureza das relações entre as variáveis ou controla variáveis numa dada situação. Utilizará assim questionários (...), deve assegurar-se que o instrumento possui uma fidelidade e uma validade aceitáveis.”* Fortin (1999: p.240).

Segundo Fortin (1999: p.260), *“ a colheita de dados consiste em colher de forma sistemática a informação desejada junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos para este fim.”*

O instrumento de colheita de dados é o meio utilizado para obter todas as informações oportunas e pretendidas da amostra selecionada para, posteriormente, se submeterem a tratamento estatístico possibilitando a obtenção de conclusões, tendo em conta as hipóteses e fundamentação teórica. Este tem que obedecer a algumas exigências, devendo ser:

*Válido* – quando recolhe os dados necessários para o trabalho em causa;

*Fidedigno* – quando são obtidos os mesmos dados por pesquisadores diferentes;

*Operativo* – não pode conter ambiguidades, deve ser entendido por toda a gente.

Vários autores referem que são os instrumentos de recolha de dados que permitem ao investigador obter e registar a informação pertinente e necessária para resolver ou tomar específico o problema. Para Pallàs e Villa (2007: p.180), “o questionário é a fonte de informação de eleição quando se requerem grande quantidade de dados.”

Um questionário é uma técnica de investigação, composto por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, situações vivenciais entre outras.

Quivy & Campenhoudt (1992: p.185-186), referem que “*não basta conceber um bom instrumento, é preciso ainda pô-lo em prática de forma a obter uma proporção de respostas suficiente para que a análise seja válida.*”

Como instrumento de colheita de dados, para este estudo optou-se por um questionário. Segundo Fortin (1999: p.249), “*um questionário é um dos métodos que necessita das respostas escritas por parte dos sujeitos. Contrariamente à entrevista, o questionário é habitualmente preenchido pelos próprios sujeitos sem assistência.*” Através deste instrumento de medida pode-se organizar e controlar os dados de maneira que as informações recolhidas tenham o maior rigor possível, apesar de não permitir uma tão grande profundidade na abordagem do tema como no caso das entrevistas, mas com a vantagem de podermos controlar o enviesamento.

Para Quivy & Campenhoudt (1992: p.183), “*é importante que as perguntas sejam claras e precisas, isto é, formuladas de tal forma que todas as pessoas interrogadas as interpretem da mesma maneira.*”

“*Além da exigência de precisão, é ainda necessário que a pessoa interrogada esteja em condições de dar a resposta, que a conheça e não esteja constrangida ou inclinada a escondê-la.*” Quivy & Campenhoudt (1992: p.184).

A **Perceção** constitui o fundamento sobre o qual incidirá a análise.

Como refere Polit & Hungler (1995), são frequentemente utilizadas escalas para discriminar quantitativamente diferentes perceções nos indivíduos. Neste estudo, utilizou-se uma escala tipo *Likert* para medir a perceção dos Profissionais de Saúde relativamente às Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar, na ULSNA no Hosp. Dr. José Maria Grande em Portalegre. Segundo Fortin (1999: p.257) as questões

tipo *Likert* “consiste em pedir aos sujeitos que indiquem se estão mais ou menos de acordo ou em desacordo relativamente a um certo número de enunciados, escolhendo entre cinco respostas possíveis.”

Para este estudo considerou-se que o melhor método de recolha de dados seria a aplicação de questionários, tendo em conta a natureza das variáveis e as características dos elementos da amostra.

O questionário aplicado (Anexo I) é composto por duas partes: a primeira é referente à caracterização da amostra da população em estudo, composta por 4 questões de resposta fechada e 3 questões de resposta aberta; a segunda parte do questionário é composta por 49 questões de resposta fechada (relativas à perceção das dificuldades que os profissionais de saúde sentem na assistência à PCR Intra-Hospitalar) onde foi assinalada a opção que melhor correspondia e representava a opinião dos inquiridos.

A escala de *Likert* utilizada é composta por cinco categorias de resposta (*Discordo plenamente; Discordo parcialmente; Não concordo nem concordo; Concordo parcialmente; Concordo plenamente*), às quais foram atribuídas pontuações de 1, 2,3, 4, e 5. Pontuações mais elevadas conotam-se com perceções mais elevadas.

Previamente á aplicação do questionário, foi utilizado o Método “Think Aloud” para validação e/ou correção do conteúdo das questões apresentadas no questionário, a um grupo de 8 inquiridos com as mesmas características da amostra. O método consiste em convidar os inquiridos a falar/pensar em voz alta, durante um processo de resolução de problemas que lhes foi solicitado, incentivando-os assim a verbalizarem os seus pensamentos e dificuldades, e onde simultaneamente apresentam uma solução ao problema proposto (Someren, Barnard, Sandberg, 1994). Desta forma todo o conteúdo do questionário foi observado previamente, no sentido de verificar e corrigir possíveis incorreções e/ou incongruências, passíveis de eliminar.

O questionário foi aplicado à população em estudo no período de 15 de março a 15 maio de 2013.

### 3.7- CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE PERCEPÇÃO DE DIFICULDADES NA ASSISTÊNCIA À PCR INTRA-HOSPITALAR –EPDAPI

Na mensuração da Variável Dependente: “Dificuldades na Assistência à PCR Intra-hospitalar”, selecionaram-se 49 questões do tipo Likert, construídas com base na Revisão da Literatura e na experiência da investigadora, com cinco respostas alternativas (Discordo Totalmente, Discordo, Indiferente, Concordo e Concordo Totalmente). Os itens foram pontuados de 1, para a resposta *Discordo Totalmente*, a 5 para a resposta *Concordo Totalmente*. Pontuações mais elevadas correspondem a percepções mais positivas, isto é menor dificuldade percebida.

Todas as análises estatísticas foram realizadas com a utilização do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), na versão 19.0 com nível de significância de 5% ( $p \leq 0,05$ )

Na validação psicométrica, foi analisada a consistência interna (alfa de Cronbach) e foi utilizada a Análise Fatorial Exploratória (AFE), que, segundo Pasquali (2001), é uma técnica estatística imprescindível para a Psicometria, sobretudo no que diz respeito à validação de instrumentos que incidem na percepção. Na Análise Fatorial Exploratória, procura-se descrever e resumir dados ao agrupar variáveis que são correlacionadas (Tabachnick e Fidell, 2001).

A consistência interna foi avaliada pelo teste de estatística Alfa de Cronbach cujos valores são compreendidos entre 0 e 1, onde zero indica falta de correlação entre os itens e o valor 1 indica uma correlação perfeita entre os itens. Valores entre 0 e 0,6 indicam confiabilidade insatisfatória, entre 0,6 a 0,7, confiabilidade satisfatória e acima de 0,7, confiabilidade elevada para medidas psicométricas (Franzen, 2000).

Dos 49 itens da escala de atitudes, 16 foram excluídos por:

- Não apresentarem correlação com o total da escala excluindo o item dentro do limite mínimo estabelecido para este estudo (0,20 pontos);
- Baixarem o valor do Alfa de Cronbach;
- Saturarem em mais que um fator (diferenças inferiores a 0,1 ponto);

- Apresentarem saturação, no fator, inferior a 0,350 pontos.

O Quadro 1 mostra a fidelidade avaliada através da consistência interna de cada um dos itens e da escala total. Os valores são muito bons, de acordo com Hill & Hill (2000), (de 0,921 a 0,928 para os itens e 0,927 para o total da escala) e verifica-se que, na maioria dos casos descem quando os itens são excluídos, o que significa que quando estão presentes melhoram a homogeneidade da escala. O valor mais baixo da correlação (entre cada item e o total da escala a que pertence quando esta não contém o item) é de 0,18.

**Quadro 1** - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da Escala de Percepção de Dificuldades na Assistência à PCR Intra-Hospitalar -EPDAPI (n.º = 109).

Descrição do item	Limites	M	DP	r do total sem o item	$\alpha$ de Cronbach quando o item é excluído
1- No seu Serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SBV	1-5	4,35	1,13	0,54	0,925
2- No seu Serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SAV	1-5	3,67	1,53	0,67	0,923
3- No seu Serviço, consegue Monitorizar um doente/vítima em 90 segundos	1-5	3,74	1,46	0,68	0,923
6- No seu Serviço, tem disponível equipamento para RCP a menos de 4 minutos do local da PCR.	1-5	4,15	1,22	0,66	0,923
7- No seu serviço está disponível, para uso imediato, um carro de emergência.	1-5	4,39	1,01	0,40	0,926
9- No seu serviço, todos os doentes em risco de PCR estão monitorizados.	1-5	3,12	1,66	0,46	0,926
13- Em caso de necessidade, existem monitores de sinais vitais em número suficiente, em relação ao número de doentes/vítimas.	1-5	2,86	1,79	0,50	0,926
14- Todos os profissionais tomam conhecimento, simultaneamente, de que um evento de PCR está a ocorrer (ex: uso de campainha com alarme sonoro; uso de palavra código "Paragem" em projeção de voz).	1-5	3,03	1,50	0,40	0,927
16- Quando solicita a ajuda diferenciada, para o serviço de apoio referenciado (ex: S.Urgência), é sempre o profissional de saúde destacado para a assistência que atende o telefone.	1-5	2,44	1,39	0,38	0,927
18- Depois de solicitada a ajuda diferenciada, esta chega ao local do evento de PCR, em menos de 4 minutos.	1-5	3,40	1,35	0,58	0,924
19- A ajuda diferenciada está familiarizada com as <i>guidelines</i> do SBV e do SAV em vigor.	1-5	3,36	1,15	0,32	0,927
21- A ajuda diferenciada providencia a instalação do doente/vítima de PCR, após RCP, em serviço de UCI ou S.Urgência.	1-5	3,12	1,32	0,28	0,928
25 - O nº da extensão telefónica para a qual devem ligar para solicitar a ajuda diferenciada está disponível e rapidamente acessível.	1-5	2,99	1,49	0,30	0,928
26- Para solicitar a ajuda diferenciada, existe apenas um nº de extensão telefónica, em linha direta e única, para o efeito.	1-5	2,90	1,56	0,33	0,928

(Continuação do Quadro 1)

27i- Tem dificuldades em manusear o Monitor Desfibrilhador com segurança.	1-5	2,97	1,50	0,42	0,926
28- Habitualmente utiliza o Monitor Desfibrilhador.	1-5	2,84	1,49	0,51	0,925
30- Em RCP, não tem dúvidas nos algoritmos de SAV.	1-5	3,33	1,43	0,69	0,923
31- Conhece os fármacos de reanimação.	1-5	4,13	1,02	0,74	0,923
32- Utiliza regularmente os fármacos de reanimação.	1-5	3,40	1,55	0,79	0,921
33- Nos últimos 12 meses, iniciou manobras de RCP, em pelo menos um doente.	1-5	3,56	1,79	0,64	0,923
34- Conhece todos os materiais do carro de emergência.	1-5	4,07	1,10	0,53	0,925
35- Manuseia, sem dificuldade, todos os materiais do carro de emergência.	1-5	3,87	1,07	0,69	0,923
36- Conhece o sistema de assistência à PCR instituído a nível hospitalar (telefonar ao serviço de apoio)	1-5	2,81	1,34	0,44	0,926
37- Conhece a Escala de Coma de Glasgow.	1-5	4,25	1,08	0,55	0,925
39- Consegue perceber sempre se a respiração de um doente/vítima está a ser eficaz.	1-5	4,19	0,83	0,53	0,925
40- Avalia sempre a qualidade do pulso periférico, num doente/vítima não reativo a estímulos externos.	1-5	4,20	0,85	0,18	0,928
41- Reconhece com facilidade um doente/vítima emergente.	1-5	4,37	0,75	0,45	0,926
42- Ao monitorizar o doente/vítima, reconhece com facilidade os traçados cardíacos emergentes.	1-5	3,73	1,30	0,75	0,922
43- Num sítio inesperado (ex elevador, escadas), se for chamado para ajudar num evento de PCR, normalmente toma a Liderança da Situação.	1-5	3,21	1,16	0,43	0,926
45i- Quando colabora na assistência a um doente/vítima em PCR, executa os procedimentos com nervosismo.	1-5	3,37	1,20	0,31	0,927
47- Sente-se preparado emocionalmente para atuar em PCR.	1-5	4,03	1,08	0,61	0,924
48- Sente-se preparado tecnicamente para atuar em PCR.	1-5	3,96	1,00	0,70	0,924
49- Confia na sua capacidade e perícia técnica para atuar em doentes/vítimas em PCR com segurança.	1-5	4,02	0,96	0,73	0,923
<b>Escala EPDAPI Total</b>	<b>1-5</b>	<b>3,48</b>	<b>0,72</b>		<b>0,927</b>

*i-Item invertido*

Posteriormente, analisou-se a matriz de correlações, que, conforme Pasquali (2001), é o primeiro passo no sentido de verificar se a matriz é agrupável em fatores. O tamanho das correlações foi inspecionado e foram observados: o determinante da matriz e os resultados do teste de adequação da amostra de KaiserMeyer-Olkin (KMO), que trabalha com as correlações parciais das variáveis. Assim, o resultado encontrado na adequação da amostra pela medida KMO foi igual a 0,837. Quando a KMO se aproxima do valor 1, então há suporte para o método de análise fatorial. Por outro lado, para o teste Bartlett's de forma esférica, encontrou-se um valor igual a 2494,84 ( $p < 0,0001$ ). Esse resultado confirma a existência de correlação entre as variáveis da escala. (ver Quadro 2).

**Quadro 2** - Análise fatorial da EPDAPI pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação Varimax (n.º = 109).

<i>Descrição do item</i>	<i>h<sup>2</sup></i>	<i>F1</i>	<i>F2</i>	<i>F3</i>	<i>F4</i>	<i>F5</i>
27i- Tem dificuldades em manusear o Monitor Desfibrilhador com segurança.	0,615	<b>0,725</b>	0,100	0,186	-0,080	-0,196
28- Habitualmente utiliza o Monitor Desfibrilhador.	0,580	<b>0,738</b>	0,099	0,115	-0,012	0,108
30- Em RCP, não tem dúvidas nos algoritmos de SAV.	0,635	<b>0,617</b>	0,366	0,338	0,067	0,050
32- Utiliza regularmente os fármacos de reanimação.	0,773	<b>0,700</b>	0,240	0,373	0,177	0,236
33- Nos últimos 12 meses, iniciou manobras de RCP, em pelo menos um doente.	0,566	<b>0,643</b>	0,206	0,268	0,104	0,164
42- Ao monitorizar o doente/vítima, reconhece com facilidade os traçados cardíacos emergentes.	0,694	<b>0,653</b>	0,364	0,223	0,283	0,072
43- Num sítio inesperado (ex. elevador, escadas), se for chamado para ajudar num evento de PCR, normalmente toma a Liderança da Situação.	0,496	<b>0,626</b>	0,296	-0,103	0,067	-0,039
45i- Quando colabora na assistência a um doente/ Vítima em PCR executa os procedimentos com nervosismo.	0,383	<b>0,462</b>	0,306	0,025	-0,260	0,088
31- Conhece os fármacos de reanimação.	0,737	0,483	<b>0,547</b>	0,246	0,072	0,373
34- Conhece todos os materiais do carro de emergência.	0,470	0,292	<b>0,579</b>	0,152	0,089	0,135
35- Manuseia, sem dificuldade, todos os materiais do carro de emergência.	0,622	0,472	<b>0,538</b>	0,134	0,220	0,208
37- Conhece a Escala de Coma de Glasgow.	0,557	0,331	<b>0,571</b>	0,156	-0,056	0,305
39- Consegue perceber sempre se a respiração de um doente/vítima está a ser eficaz.	0,719	0,136	<b>0,784</b>	0,285	-0,026	-0,051
40- Avalia sempre a qualidade do pulso periférico, num doente/vítima não reativo a estímulos externos.	0,254	0,041	<b>0,485</b>	-0,126	-0,030	0,012
41- Reconhece com facilidade um doente/vítima emergente.	0,535	0,036	<b>0,685</b>	0,246	0,001	0,058
47- Sente-se preparado emocionalmente para atuar em PCR.	0,684	0,279	<b>0,701</b>	0,163	0,280	-0,102
48- Sente-se preparado tecnicamente para atuar em PCR.	0,733	0,418	<b>0,688</b>	0,204	0,208	-0,025
49- Confia na sua capacidade e perícia técnica para atuar em doentes/vítimas em PCR com segurança.	0,710	0,434	<b>0,654</b>	0,253	0,145	0,096
1- No seu Serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SBV	0,692	-0,031	0,246	<b>0,731</b>	0,190	0,246
2- No seu Serviço, um doente em PCR é assistido em menos de 5 minutos com SAV	0,690	0,330	0,174	<b>0,707</b>	0,174	0,140
3- No seu Serviço, consegue Monitorizar um doente/vítima em 90 segundos	0,690	0,320	0,179	<b>0,710</b>	0,196	0,112
6- No seu Serviço, tem disponível equipamento para RCP a menos de 4 minutos do local da PCR.	0,661	0,259	0,183	<b>0,694</b>	0,259	0,105
7- No seu serviço está disponível, para uso imediato, um carro de emergência.	0,639	0,093	0,297	<b>0,607</b>	0,159	-0,385
9- No seu serviço, todos os doentes em risco de PCR estão monitorizados.	0,718	0,149	-0,101	0,308	<b>0,767</b>	0,053
13- Em caso de necessidade, existem monitores de sinais vitais em número suficiente, em relação ao número de doentes/vítimas.	0,730	0,216	-0,042	0,306	<b>0,765</b>	-0,054
14- Todos os profissionais tomam conhecimento, simultaneamente, de que um evento de PCR está a ocorrer (ex. uso de campainha com alarme sonoro; uso de palavra código “Paragem” em projeção de voz).	0,616	-0,023	0,099	0,252	<b>0,737</b>	0,005

(Continuação do Quadro 2)

18- Depois de solicitada a ajuda diferenciada, esta chega ao local do evento de PCR, em menos de 4 minutos.	0,569	0,277	-0,002	0,425	<b>0,508</b>	0,231
19- A ajuda diferenciada está familiarizada com as <i>guidelines</i> do SBV e do SAV em vigor.	0,558	-0,033	0,099	-0,048	<b>0,696</b>	0,246
21- A ajuda diferenciada providencia a instalação do doente/vítima de PCR, após RCP, em serviço de UCI ou S.Urgência.	0,478	-0,043	0,188	0,025	<b>0,660</b>	-0,064
16- Quando solicita a ajuda diferenciada, para o serviço de apoio referenciado (ex. S.Urgência), é sempre o profissional de saúde destacado para a assistência que atende o telefone.	0,545	0,332	-0,146	0,274	0,042	<b>0,581</b>
25 - O nº da extensão telefônica para a qual devem ligar para solicitar a ajuda diferenciada está disponível e rapidamente acessível.	0,795	-0,151	0,160	-0,055	0,470	<b>0,723</b>
26- Para solicitar a ajuda diferenciada, existe apenas um nº de extensão telefônica, em linha direta e única, para o efeito.	0,744	-0,012	0,208	0,209	-0,092	<b>0,805</b>
36- Conhece o sistema de assistência à PCR instituído a nível hospitalar (telefonar ao serviço de apoio)	0,508	0,447	0,066	-0,011	0,114	<b>0,539</b>
Eigenvalues	11,20	3,47	2,23	1,97	1,53	
Variância Explicada ( $\Sigma = 61,81\%$ )	15,98	14,96	11,50	11,36	8,01	
Número de itens	8	10	5	6	4	
Alfa do fator	0,874	0,902	0,847	0,836	0,713	
KMO = 0,837						
Teste da esfericidade de Bartlett = 2494,84; $p < 0,0001$						

***i-Item invertido***

Para a extração de fatores, foi utilizado o Método de Condensação em Componentes Principais, ou Principal Components Analysis (PCA), que considera a variância total dos dados e procura uma combinação linear entre as variáveis, para que o máximo de variância seja explicado por essa combinação (Dias Filho, Corrar e Paulo, 2007).

Sendo a matriz agrupável, foram, então, examinados os eigenvalues (autovalores), a percentagem de variância explicada de cada fator e o gráfico scree plot (gráfico de declive) a fim de determinar a quantidade de fatores a serem extraídos.

O processamento dos dados permitiu extrair cinco fatores, interpretados por meio do método de rotação ortogonal do tipo Varimax, que explicam 61.81% da variância total. Todos os itens têm uma saturação superior a 0,450 e não se verificam correlações simultâneas com dois fatores em que a distância entre ambos os valores seja inferior a 0.1, à exceção dos itens 31, 35 e 18. Pela sua pertinência teórica optou-se por manter estes itens na escala e no fator onde o peso se revelou maior.

No Quadro 3 podemos observar que todas as correlações entre os diferentes fatores e o total da escala são todas positivas e muito significativas ( $p < 0,001$ ).

**Quadro 3** - Matriz de correlações de *Pearson* entre os quatro fatores e o total da **EPDAPI**

Fatores		F1	F2	F3	F4	F5
<b>F1</b>	<i>Atuação em RCP</i>	1				
<b>F2</b>	<i>Competência para a Tomada de Decisão em RCP</i>	0,713	1			
<b>F3</b>	<i>Resposta em Tempo Útil à PCR</i>	0,569	0,571	1		
<b>F4</b>	<i>Deteção, Alerta e Resposta à PCR</i>	0,282	0,295	0,536	1	
<b>F5</b>	<i>Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR</i>	0,332	0,346	0,325	0,315	1
<b>Escala EPDAPI Total</b>		<b>0,774</b>	<b>0,756</b>	<b>0,816</b>	<b>0,686</b>	<b>0,645</b>

\* Significativo para  $p \leq 0,001$  ;

Os valores das correlações são razoáveis (entre 0,816 e 0,645), o que permite afirmar que tendem a medir o mesmo constructo, permitindo interpretações unidimensionais. As correlações entre os fatores são muito significativas ( $p < 0,001$ ). Estes resultados apontam para a utilização quer dos resultados globais da escala, quer dos subtotais dos fatores.

De acordo com o Quadro 3, os componentes principais receberam as seguintes denominações:

- **Fator 1: *Atuação em RCP***, porque os itens nele contido, referem-se à utilização de equipamentos, conhecimento acerca dos fármacos, *guidelines* e procedimentos em Reanimação.
- **Fator 2: *Competência para a Tomada de Decisão em RCP***, porque os itens nele contido referem-se à utilização e colocação em prática dos meios e recursos disponíveis, baseadas na avaliação da situação de PCR, ou vítima emergente, de forma correta e estruturada, com base nas necessidades em RCP.
- **Fator 3: *Resposta em Tempo Útil à PCR***, porque os itens nele contido, referem-se ao tempo de administração de SBV e SAV, elo de extrema importância na Cadeia de Sobrevivência.
- **Fator 4: *Deteção, Alerta e Resposta à PCR***, porque os itens nele contido, referem-se à resposta organizada na PCR a nível intra-hospitalar, por equipa mais diferenciada, bem como a existência de sistemas de deteção precoce de vítimas críticas.
- **Fator 5: *Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR***, porque os itens nele contido, referem-se à organização e disponibilidade da ajuda diferenciada destacada para a assistência à PCR, instituída a nível intra-hospitalar.

Dessa forma, os cinco fatores identificados receberam uma interpretação de acordo com a extração desses fatores:

- Fator 1: (questões nº 27,28,30,32,33,42,43,48), variância 15,98 %
- Fator 2: (questões nº 31,34,35,37,39,40,41,47,48,49), variância 14,96 %
- Fator 3: (questões nº 1,2,3,6,7), variância 11,50 %
- Fator 4: (questões nº 9,13,14,18,19,21), variância 11,36 %
- Fator 5: (questões nº 16,25,26,36), variância 8,01 %

#### 4- APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A decisão sobre como orientar a abordagem inferencial dos dados estatísticos obtidos orienta-nos na utilização prévia de um estudo sobre a normalidade da amostra nas suas diferentes perspetivas a partir dos resultados do Teste da Normalidade Kolmogorov-Smirnov (K-S).

**Quadro 4** -Teste de Kolmogorov-Smirnov para os Fatores e para a EPDAPI (n=109)

	<i>Actuação em RCP</i>	<i>Competência para a Tomada de Decisão em RCP</i>	<i>Resposta em Tempo Útil à PCR</i>	<i>Deteção, Alerta e Resposta à PCR</i>	<i>Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR</i>	ESCALA TOTAL
Kolmogorov-Smirnov Z	0,874	1,232	2,261	1,125	0,938	0,888
<i>p</i>	0,430	0,096	<b>0,000</b>	0,159	0,343	0,410

Pela análise do Quadro 4, verificou-se que este teste mostrou que a variável dependente, tem distribuição normal, quer para o total da escala quer para os fatores, à exceção do fator “*Resposta em Tempo Útil à PCR*” ( $p = 0,000$ ;  $p < 0,05$ ), que mostrou não cumprir o requisito mínimo para o uso de uma estratégia de análise paramétrica ( $p > 0,005$ ).

Todos os restantes fatores apresentam uma distribuição próxima da normalidade. Deste modo esta análise, em conjunto com o teorema do limite central, sugere-nos a utilização de Testes Paramétricos nas análises das diferenças entre médias (Teste One Way Anova e *t* de Student) e análise de associações entre as variáveis (Correlação de Pearson).

#### 4.1- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA

Da análise do Quadro 5, verificamos que a média dos sujeitos inquiridos, foi de 39,4 anos, onde a idade mínima registada foi de 25 anos, e a máxima de 58 anos.

**Quadro 5** - Distribuição da Amostra por Idade (n=109)

<b>Idade</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
	39,4	9,1

Relativamente ao sexo (ver Quadro 6) verificou-se, que dos 109 casos em estudo, 74 pertencem ao sexo feminino representando 67,9% da amostra. Os restantes 35 inquiridos pertencem ao sexo masculino representando 32,1% da amostra.

**Quadro 6** – Frequência da Amostra por Sexo (n=109)

<b>Sexo</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<i>Feminino</i>	74	67,9
<i>Masculino</i>	35	32,1
<b>Total</b>	109	100,0

Observando o Quadro 7, a média do Tempo de Experiência Profissional foi de 16 anos, onde de entre os inquiridos, o período mínimo registado foi de 2 anos, e o período máximo foi de 39 anos.

**Quadro 7** - Distribuição da Amostra por Tempo de Experiência Profissional (n=109)

<b>Tempo de Experiência Profissional</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
	16,2	9,4

Na amostra de 109 profissionais de saúde, verificou-se também, que apenas 6 (5,5%) inquiridos representando a classe médica responderam ao questionário. E uns esmagadores 94,5% (103) dos questionários foram preenchidos por enfermeiros (ver Quadro 8).

**Quadro 8** – Frequência da Amostra por Categoria Profissional (n=109)

<b>Categoria Profissional</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<i>Médico</i>	6	5,5
<i>Enfermeiro</i>	103	94,5
<b>Total</b>	109	100,0

Na distribuição da amostra relativamente ao serviço, onde os profissionais de saúde exercem funções, verificou-se que (ver Quadro 9) a maior percentagem de questionários preenchidos ocorreu no serviço de UCI (26.6%), seguido pelo serviço de SU (20.2%), Serviço de Cirurgia (17.4%), Serviço de Ortopedia (11,0%), Serviço de Medicina (8.3%), Serviço de C.Ext/S.Sangue/Oncologia (7.3%), Serviço de BO (5.5%); e o serviço com menor percentagem de preenchimento dos questionários foi o Serviço de Psiq. Agudos (3.7%).

**Quadro 9** – Frequência da Amostra por Serviço onde exercem funções (n=109)

<b>Serviço</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<i>UCI</i>	29	26,6
<i>SU</i>	22	20,2
<i>BO</i>	6	5,5
<i>S.Medicina</i>	9	8,3
<i>S.Cirurgia</i>	19	17,4
<i>Ortopedia</i>	12	11,0
<i>C.Ext; S.Sangue; Oncologia</i>	8	7,3
<i>S. Psiq. Agudos</i>	4	3,7
<b>Total</b>	109	100,0

## 4.2- DIFICULDADES PERCECIONADAS NA ASSISTÊNCIA À PCR INTRA-HOSPITALAR: DADOS GLOBAIS DA AMOSTRA

Para análise global da variável dependente, utilizamos a média ponderada dos fatores e a média da escala total, que varia de 1 a 5.

Assim a média ponderada reflete a dificuldade global de cada inquirido em pontuação. Valores próximos de 5 revelam menor grau de dificuldade percebida, e valores próximos de 1 revelam maior grau de dificuldade percebida. O valor 3 conota-se com indecisão ou hesitação na resposta, o que pode indicar níveis de dificuldade moderada.

**Quadro 10-** Resultados da Média ponderada com Quartis 25 e 75 para a EPDAPI e Fatores (N=109)

		<i>Competência para a Tomada de Decisão em RCP</i>	<i>Resposta em Tempo Útil à PCR</i>	<i>Deteção, Alerta e Resposta à PCR</i>	<i>Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR</i>	<b>Escala Total</b>
<b>Média</b>	3,3	<b>4,1</b>	<b>4,1</b>	3,2	<b>2,8</b>	<b>3,5</b>
<b>Mediana</b>	3,2	4,2	4,2	3,2	2,8	3,5
<b>Desvio Padrão</b>	1,1	0,7	1,0	1,1	1,1	0,7
<b>Percentis</b>	<b>25</b>	2,6	3,7	3,4	2,2	3,0
	<b>75</b>	4,1	4,7	5,0	4,2	4,2

Para a globalidade da amostra, a Escala EPDAPI Total revela dificuldade na maioria dos fatores, com valores médios muito próximos de 3 (M= 3,5;DP= 0,7)); sendo o valor mais baixo da média ponderada no fator “*Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR*” (M= 2,8; DP= 1,1; maior dificuldade); e o valor mais alto, no fator “*Competência para a Tomada de Decisão em RCP*” e no fator “*Resposta em Tempo Útil à PCR*” (M= 4,1; DP= 0,7; menor dificuldade).

#### 4.2.1- Dificuldades Percecionadas na Assistência à PCR Intra-Hospitalar em Função da Idade e Tempo de Experiência Profissional

Para esta análise utilizou-se o teste de Correlação de Pearson para verificar as associações entre variáveis contínuas (idade; tempo), a EPDAPI e os Factores.

Observando o Quadro 11, verifica-se que a Idade correlaciona-se positivamente com a Experiência Profissional ( $r= 0,943$ ;  $p= 0,000$ ), em que quanto mais aumenta a idade, maior é o tempo de experiência Profissional.

**Quadro 11-** Análise da Correlação entre a Idade, Experiência Profissional, da EPDAPI e Factores (N=109)

		Idade	T.Exp. Profissional	Actuação em RCP	Competência para a Tomada de Decisão em RCP	Resposta em Tempo Útil à PCR	Deteção, Alerta e Resposta à PCR	Ativação da Ajuda Diferencia da à PCR	Escala Total
Idade	r	1	0,943	-0,129	-0,079	-0,181	-0,095	-0,097	-0,161
	p	0	0,000	0,182	0,414	0,060	0,326	0,317	0,095
T.Exp. Profissional	r	0,943	1	-0,120	-0,101	<b>-0,199</b>	-0,093	-0,127	-0,176
	p	0,000	0	0,215	0,296	<b>0,038</b>	0,337	0,189	0,067

A idade não se correlaciona com a percepção das dificuldades, nem por fatores nem para o total ( $p > 0,05$ ).

Já a Experiência Profissional, correlaciona-se negativamente com o fator “Resposta em Tempo Útil à PCR” ( $r= - 0,199$ ;  $p= 0,038$ ), não obstante a correlação ser muito fraca (muito distante do -1), indicia que à medida que aumenta o Tempo de Experiência Profissional, aumentam as dificuldades em “Resposta em Tempo Útil à PCR”.

## 4.2.2- Dificuldades Percecionadas na Assistência à PCR Intra-Hospitalar em Função do Sexo

Para a análise das variáveis independentes dicotômicas (Sexo, Categoria Profissional, Formação em SBV e SAV), foi aplicado o teste *t* de Student para observar a diferença das médias entre as variáveis.

Observando o Quadro 12, verifica-se que para a Escala Total o nível de significância é inferior a 0,05 ( $p = 0,047$ ), correlacionando-se com o Sexo, no sentido em que o Sexo “Masculino” revelou menor dificuldade (M=3,7; DP=0,7), que o Sexo “Feminino” (M=3,4; DP=0,7), no âmbito geral da EPDAPI, mas sem grande diferença entre si (não muito relevantes), e muito próximo do 3, mostrando hesitação e indecisão nas respostas acerca da dificuldade. No entanto para os fatores “Atuação em RCP” e “Competência para a Tomada de Decisão em RCP” as diferenças também são estatisticamente significativas, com respostas acima do 4, mostrando menor dificuldade percebida.

**Quadro 12-**Resultados de *t* de Student para o EPDAPI e Fatores, em função do Sexo (N =109)

	Masculino (n=35)		Feminino (n=74)		T de Student	
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Actuação em RCP</i>	3,7	1,1	3,1	1,0	-3,039	<b>0,003</b>
<i>Competência para a Tomada de Decisão em RCP</i>	4,3	0,7	4,0	0,7	-2,208	<b>0,029</b>
<i>Resposta em Tempo Útil à PCR</i>	4,3	1,1	3,9	1,0	-1,611	0,110
<i>Deteção, Alerta e Resposta à PCR</i>	3,2	1,2	3,1	1,0	-0,647	0,519
<i>Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR</i>	2,8	1,0	2,8	1,1	-0,210	0,834
<b>Escala Total</b>	3,7	0,7	3,4	0,7	-0,201	<b>0,047</b>

### 4.2.3- Dificuldades Percecionadas na Assistência à PCR Intra-Hospitalar em Função da Categoria Profissional

Analisando os resultados do *t* de Student para a EPDAPI e Fatores, em função da Categoria Profissional (ver Quadro 13), observa-se que para a Escala Total o nível de significância é inferior a 0,05 ( $p= 0.011$ ). Portanto, correlaciona-se positivamente com a Categoria Profissional, no sentido em que a Categoria “Médico” revela menor dificuldade (M= 4,2; DP=0,5), que a Categoria “Enfermeiro” (M= 3,4; DP=0,7), no âmbito geral da EPDAPI.

**Quadro 13-** Resultados de *t* de Student para a EPDAPI e Fatores, em função da Categoria Profissional (N=109)

	Médico (n=6)		Enfermeiros (n=103)		T de Student	
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Actuação em RCP</i>	4,4	0,8	3,2	1,0	2,759	<b>0,007</b>
<i>Competência para a Tomada de Decisão em RCP</i>	<b>4,7</b>	0,4	<b>4,1</b>	0,8	1,986	<b>0,050</b>
<i>Resposta em Tempo Útil à PCR</i>	4,3	1,2	4,1	1,0	0,510	0,611
<i>Deteção, Alerta e Resposta à PCR</i>	4,0	0,7	3,1	1,1	1,982	<b>0,050</b>
<i>Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR</i>	3,7	0,7	2,7	1,1	2,133	<b>0,035</b>
<b>Escala total</b>	<b>4,2</b>	0,5	<b>3,4</b>	0,7	2,582	<b>0,011</b>

Observa-se também que nos fatores “*Atuação em RCP*”, “*Competência para a Tomada de Decisão em RCP*”, “*Deteção*”, “*Alerta e Resposta à PCR*” e “*Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR*”, existem diferenças estatisticamente significativas em função da Categoria Profissional, onde a Categoria “Médico” apresentou menor dificuldade em relação à Categoria “Enfermeiro”. De ressaltar que no fator “*Competência para a Tomada de Decisão em RCP*”, as médias são muito próximas (Médico M=4,7; DP=0,4 e Enfermeiro M= 4,1; DP=0,8), o que indicia que para ambas as categorias profissionais a dificuldade é menor e quase equiparável.

#### 4.2.4- Dificuldades Percecionadas na Assistência à PCR Intra-Hospitalar em função da Formação SBV

Analisando os resultados do *t* de Student para a EPDAPI e Fatores, em função da Formação em SBV (ver Quadro 14), observa-se que para a Escala Total o nível de significância é inferior a 0,05 ( $p = 0,020$ ), correlacionando-se positivamente no sentido em que os profissionais que têm formação em SBV apresentaram menor dificuldade no geral de todos os fatores (Sim, M= 3,5; DP=0,7 e Não, M= 2,9; DP=0,5).

**Quadro 14** - Resultados de *t* de Student para a EPDAPI e Fatores, em função da Formação SBV (N=104)

	Sim (n=96)		Não (n=8)		T de Student	
	M	DP	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Actuação em RCP</i>	3,4	1,0	2,2	0,6	3,224	<b>0,002</b>
<i>Competência para a Tomada de Decisão em RCP</i>	4,2	0,7	3,2	0,6	4,104	<b>0,000</b>
<i>Resposta em Tempo Útil à PCR</i>	4,1	1,0	3,6	0,8	1,353	0,179
<i>Deteção, Alerta e Resposta à PCR</i>	3,2	1,1	3,0	0,9	0,487	0,628
<i>Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR</i>	2,8	1,1	2,6	1,2	0,563	0,574
<b>Escala Total</b>	<b>3,5</b>	<b>0,7</b>	<b>2,9</b>	<b>0,5</b>	<b>2,368</b>	<b>0,020</b>

Nos fatores “*Actuação em RCP*” ( $p = 0,002$ ) e “*Competência para a Tomada de Decisão em RCP*” ( $p < 0,001$ ), o nível de significância é particularmente relevante no sentido em que os profissionais que revelaram que não tinham Formação em SBV, nestes fatores, mostraram maior dificuldade.

#### 4.2.5- Dificuldades Percecionadas na Assistência à PCR Intra-Hospitalar em Função da Formação SAV

Observando o Quadro 15, constata-se que a formação em SAV, correlaciona-se com a percepção das dificuldades, em todos os Fatores e com a Escala Total ( $p < 0,05$ ). As médias apresentam valores globais elevados próximos de 4 em todos os fatores e EPDAPI, evidenciando claramente menor grau de dificuldade percebido nos profissionais que responderam que tinham Formação em SAV.

**Quadro 15** - Resultados de  $t$  de Student para a EPDAPI e Fatores, em função da Formação SAV (N=103)

	Sim (n=58)		Não (n=45)		T de Student	
	M	DP	M	DP	$t$	$p$
<i>Actuação em RCP</i>	<b>3,9</b>	0,8	2,5	0,8	8,695	<b>0,000</b>
<i>Competência para a Tomada de Decisão em RCP</i>	<b>4,4</b>	0,7	3,7	0,6	5,227	<b>0,000</b>
<i>Resposta em Tempo Útil à PCR</i>	<b>4,5</b>	0,9	3,5	1,0	5,226	<b>0,000</b>
<i>Deteção, Alerta e Resposta à PCR</i>	<b>3,5</b>	1,2	2,7	0,8	3,735	<b>0,000</b>
Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR	<b>3,1</b>	<b>1,0</b>	<b>2,4</b>	<b>1,1</b>	<b>3,038</b>	<b>0,003</b>
<b>Escala Total</b>	<b>3,9</b>	<b>0,6</b>	<b>3,0</b>	<b>0,6</b>	<b>7,349</b>	<b>0,000</b>

#### 4.2.6- Dificuldades Percecionadas na Assistência à PCR Intra-Hospitalar em Função dos Serviços

Para saber se as diferenças entre as variáveis independentes assumem valores significativos quando comparados com os fatores da escala e a própria escala total, utilizou-se o teste ANOVA, para análise das diferenças entre médias para mais de dois grupos.

O grupo denominado de “Outros Serviços” compreende os Serviços: Medicina, Cirurgia, Ortopedia, C.Ext., S.Sangue, Oncologia, e Psiquiatria Agudos (ver quadro 16).

**Quadro 16** -Resultados do teste Anova para a EPDAPI e Fatores, em função dos Serviços (N =109)

	UCI (n=29)		SU (n=22)		BO (n=6)		Outros Serviços (n=52)		ANOVA	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	F	p
<i>Atuação em RCP</i>	4,0	0,6	<b>4,1</b>	0,9	2,6	0,6	<b>2,6</b>	0,8	30,593	<b>0,000</b>
<i>Competência para a Tomada de Decisão em RCP</i>	<b>4,7</b>	0,3	4,4	0,8	<b>3,4</b>	0,4	3,8	0,7	15,564	<b>0,000</b>
<i>Resposta em Tempo Útil à PCR</i>	4,9	0,2	4,5	0,9	<b>5,0</b>	0,1	<b>3,3</b>	0,7	49,793	<b>0,000</b>
<i>Deteção, Alerta e Resposta à PCR</i>	<b>4,5</b>	0,4	<b>2,6</b>	1,0	3,7	0,4	<b>2,5</b>	0,7	56,620	<b>0,000</b>
<i>Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR</i>	<b>3,2</b>	0,9	<b>3,2</b>	1,0	<b>2,2</b>	1,1	2,4	1,1	5,624	<b>0,001</b>
<b>Escala Total</b>	<b>4,2</b>	0,3	3,8	0,5	3,4	0,3	<b>2,9</b>	0,5	55,049	<b>0,000</b>

Analisando os resultados do teste Anova para a EPDAPI e Fatores em função dos serviços (ver Quadro 16), verificamos que existem diferenças significativas em relação à EPDAPI ( $p < 0,01$ ). No que se refere aos fatores também, atingindo significâncias estatísticas muito fortes.

Este resultado indicia que o grau de dificuldade percebida em cada fator varia, claramente, de acordo com o serviço a que pertencem os profissionais.

Tendencialmente, no geral, o Grupo “Outros Serviços” revelou maior dificuldade percebida em quase todos os fatores na EPDAPI (M= 2,9; DP=0,5). E o serviço UCI foi o grupo que revelou menor grau de dificuldade em quase todos os fatores e na Escala total, atingindo valores sempre muito próximos do 4.

De ressaltar alguns resultados com particular interesse:

- O serviço “BO”, atingiu o valor mais elevado (M= 5,0; DP=0,1) no fator “Resposta em Tempo Útil à PCR”; no entanto apresentou a média mais baixa (M= 2,2; DP=1,1) em relação aos outros grupos no fator “Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR” e no fator “Competência para a Tomada de Decisão em RCP” (M= 3,4; DP=0,4).

- O serviço de “SU” atingiu a média mais elevada em relação aos outros grupos (M= 3,2; DP=0,1) no fator “*Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR*” e no fator “*Actuação em RCP*” (M=4,1; DP=0,9), no entanto apresentou uma média muito baixa (M= 2,6; DP=1,0), revelando muita dificuldade no fator “*Deteção, Alerta e Resposta à PCR*”.

- O serviço “UCI”, atingiu a média mais elevada em relação aos outros grupos (M= 4,7; DP=0,3) no fator “*Competência para a Tomada de Decisão em RCP*”, no entanto apresentou muita hesitação nas respostas no fator “*Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR*”, atingindo valores muito próximos de 3 (M= 3,2; DP=0,9).

- O Grupo “Outros Serviços”, atingiu o valor mais baixo nos fatores: “*Actuação em RCP*” (M=2,6; DP=0,6), “*Resposta em Tempo Útil à PCR*” (M= 3,3; DP=0,7), “*Deteção, Alerta e Resposta à PCR*” (M=2,5; DP=0,7); revelando grande dificuldade, com valores muito próximos do 2 e do 3, revelando também alguma indecisão nas respostas de acordo com os fatores.

**Quadro 17** - Resultados do teste Pos Hoc Tukey para a EPDAPI e Factores, em função dos Serviços (N =109)

Pos Hoc Tukey	(I) Serviços	(J) Serviços	Diferença de Médias (I-J)	p
Actuação em RCP	UCI	SU	- 0,112	0,956
		BO	1,367	<b>0,001</b>
		Outros Serviços	1,379	<b>0,000</b>
	SU	BO	1,479	<b>0,000</b>
		Outros Serviços	1,491	<b>0,000</b>
	BO	Outros Serviços	0,012	1,000
Competência para a Tomada de Decisão em RCP	UCI	SU	0,249	0,467
		BO	1,234	<b>0,000</b>
		Outros Serviços	0,816	<b>0,000</b>
	SU	BO	0,985	<b>0,003</b>
		Outros Serviços	0,567	<b>0,002</b>
	BO	Outros Serviços	- 0,418	0,381
Resposta em Tempo Útil à PCR	UCI	SU	0,403	0,143
		BO	- 0,028	1,000
		Outros Serviços	1,674	<b>0,000</b>
	SU	BO	- 0,430	0,493
		Outros Serviços	1,271	<b>0,000</b>
	BO	Outros Serviços	1,701	<b>0,000</b>

(Continuação do Quadro 17)

<b>Deteção, Alerta e Resposta à PCR</b>	UCI	SU	1,862	<b>0,000</b>
		BO	0,784	0,060
		Outros Serviços	1,967	<b>0,000</b>
	SU	BO	- 1,078	<b>0,005</b>
		Outros Serviços	0,105	0,932
	BO	Outros Serviços	1,183	<b>0,001</b>
<b>Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR</b>	UCI	SU	- 0,100	0,985
		BO	0,905	0,187
		Outros Serviços	0,718	<b>0,013</b>
	SU	BO	1,005	0,134
		Outros Serviços	0,817	<b>0,009</b>
	BO	Outros Serviços	- 0,188	0,972
<b>ESCALA TOTAL</b>	UCI	SU	0,460	<b>0,003</b>
		BO	0,852	<b>0,000</b>
		Outros Serviços	1,311	<b>0,000</b>
	SU	BO	0,392	0,251
		Outros Serviços	0,850	<b>0,000</b>
	BO	Outros Serviços	0,458	0,099

## 5- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta fase do estudo, são realçados os resultados mais importantes, confrontando-os com a revisão da literatura.

O total de profissionais de saúde (109) que responderam ao questionário aplicado, inclui indivíduos de ambos os sexos, sendo que 74 (67,9%) são do sexo feminino e 35 (32,1%) são do sexo masculino. Verificou-se também que 103 (94,5%) eram enfermeiros e apenas 6 eram médicos (5,5%). Segundo Carapinheiro (1998: p.63), *"A população de Enfermeiros nos Hospitais apresenta uma percentagem de 81% de Enfermeiros do sexo feminino e 19% do sexo masculino"*. Este resultado mostra-nos o facto de a Enfermagem ser considerada uma profissão maioritariamente de mulheres, embora nos últimos anos essa tendência se tenha alterado, sendo o número de Enfermeiros do sexo masculino ascendente ao longo dos anos. Bem como se apresenta em maior número presencial em relação à classe médica.

Relativamente à Experiência Profissional dos profissionais de saúde, pode observar-se que estes exercem as suas funções num período entre 2 e 39 anos, com uma média de 16,2 anos. Tendo em conta estes resultados, podemos inferir que os profissionais de saúde que participaram no estudo apresentam um nível de experiência considerável. Segundo Albaradejo et al (2004), citado por Rosa e Carlotto (2005: p.2) *" O trabalho desenvolvido em hospitais requer que todos os profissionais tenham suficiente experiência clínica e maturidade que permita enfrentar e tomar decisões difíceis, geralmente com implicações éticas e morais"*.

Na distribuição da amostra relativamente ao serviço, onde os profissionais de saúde exercem funções, verificou-se que a maior percentagem de questionários preenchidos ocorreu no serviço de UCI (26,6%) e no serviço de SU (20,2%), que conjuntamente, representam praticamente metade da totalidade dos questionários preenchidos. Os serviços de assistência a vítimas emergentes e/ou críticas, compreendem habitualmente

equipas numerosas, pois de acordo com a Direção-Geral de Saúde (2001), todas as situações emergentes necessitam de ser referenciadas para unidades que tenham capacidade técnica e científica suficiente para um bom atendimento. Ou seja, uma vez que é necessária uma vigilância “apertada” destas vítimas críticas, o serviço de SU e o serviço de UCI, apresentam as condições necessárias, quer físicas quer humanas, para essa mesma vigilância e assistência.

A Escala EPDAPI Total revelou dificuldade na maioria dos fatores, com valores médios muito próximos de 3, indiciando alguma indecisão ou hesitação por parte dos inquiridos. O valor mais baixo da média ponderada verificou-se no fator “*Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR*” (M= 2,8; DP= 1,1; maior dificuldade); e o valor mais alto, no fator “*Competência para a Tomada de Decisão em RCP*” (M= 4,1; DP=0,7; menor dificuldade) e no fator “*Resposta em Tempo Útil à PCR*” (M= 4,1; DP=1,0; menor dificuldade). Estes resultados podem ser explicados tendo em conta que os sistemas de assistência hospitalar à PCR atuais, a nível nacional (que consiste em solicitar apoio ao médico do Serviço de Urgência ao local do evento emergente) são insuficientes na sua atuação e assistência (Catalão, 2011). Durante a PCR, é de suma importância a atuação de uma equipa coordenada e articulada em todas as ações a serem executadas. O reconhecimento precoce dos eventos determina o aumento da sobrevivência das vítimas (Silva; Padilha, 2001), e o tempo de assistência à vítima de PCR é fundamental para a sua sobrevivência. Assim, é muito importante que os profissionais da área de saúde se sintam preparados técnica e cientificamente, para atuar durante as manobras de reanimação cardiopulmonar.

Verificou-se que a Idade correlacionou-se positivamente com a Experiência Profissional, em que quanto mais aumenta a idade, maior é o tempo de experiência Profissional, o que se constata naturalmente na proficiência das profissões.

No entanto, a Experiência Profissional, correlacionou-se negativamente com o fator “*Resposta em Tempo Útil à PCR*” ( $r = -0,199$ ;  $p = 0,038$ ). Não obstante a correlação ser muito fraca (muito distante do -1), indicou que à medida que aumenta o Tempo de Experiência Profissional, aumentam as dificuldades em “*Resposta em Tempo Útil à*

PCR”. Isto pode ser explicado por mais de 50% dos restantes inquiridos, onde foram aplicados os questionários (sem elementos do serviço de UCI ou do SU), pertencerem a profissionais que pertenciam a serviços sem monitorização adequada para vítimas emergentes. A taxa de sobrevivência hospitalar varia muito em função da ocorrência de episódios de PCR, em áreas de doentes críticos (UCI), urgências, blocos operatórios, ou em serviços de internamento não monitorizados (Sandroni, Nolan, Cavallaro, Antonelli, 2007). Talvez por inexperiência dos profissionais em utilizar equipamento e fármacos de urgência, recursos insuficientes, défices de formação ou competência em Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida, e até a própria estrutura e localização das enfermarias, pode interferir com o atendimento nas PCR's e reconhecimento de sinais de degradação hemodinâmica e neurológica (Herlitz, Bang, Aune, Ekstrom, Lundstrom, Holmberg, 2000).

Para a Escala EPDAPI Total, em função da Categoria Profissional, observou-se que se correlacionou positivamente, no sentido em que a Categoria “Médico” revelou menor dificuldade (M= 4,2; DP= 0,5) que a Categoria “Enfermeiro” (M= 3,4; DP= 0,7) no âmbito geral da escala, e em todos os fatores em particular. Santiago (2006) refere que muitas vezes a equipa de enfermagem deteta os sinais de PCR, ativa a chamada de emergência, porém não inicia as manobras de reanimação cardiopulmonar, limitando-se a levar o equipamento de reanimação até à vítima e esperar a chegada do médico. Essa dificuldade na assistência não se restringe à equipa de enfermagem, mas também é, muitas vezes, observada em outros profissionais da área de saúde que participam na assistência à PCR.

O enfermeiro realiza a sua atuação conjuntamente com o médico, através do seu conhecimento científico, do trabalho sincronizado e organizado. No desempenho das suas atribuições, a equipa de enfermagem desenvolve uma perfeita integração com a equipa médica, tendo como objetivo a padronização da prestação da assistência de qualidade, otimizando as condições de recuperação do paciente. No entanto, o algoritmo de Suporte Avançado de Vida, preconiza que um dos integrantes da equipa de reanimação seja o "líder", procurando o melhor desempenho e organização durante a assistência prestada (INEM, 2007). O profissional que assume essa posição em geral é o médico, pois também assume o aspeto legal da prescrição terapêutica a ser aplicada nos

eventos emergentes, atuando no comando da decisão clínica do evento. O que torna a sua exposição a este tipo de eventos mais frequente, e por esse motivo perceber menor dificuldade no âmbito geral da assistência à PCR, que os enfermeiros.

Analisando os resultados para a EPDAPI e Fatores, em função da Formação em SBV e SAV, constatou-se que se correlacionaram positivamente no sentido em que os profissionais que têm formação em SBV e SAV, apresentaram menor dificuldade no geral, em todos os fatores. Nos fatores “*Atuação em RCP*” ( $p= 0,002$ ) e “*Competência para a Tomada de Decisão em RCP*” ( $p<0,001$ ), o nível de significância é particularmente relevante no sentido em que os profissionais que revelaram que não tinham Formação em SBV, nestes fatores, mostraram maior dificuldade. Torna-se claro que na PCR intra-hospitalar a divisão entre SBV e SAV é arbitrária; na prática a reanimação é um *continuum*, conceito que se baseia no senso comum, esperando-se que os profissionais iniciem a reanimação, garantindo que todas as PCR intra-hospitalares sejam assistidas com segurança e conhecimento. A formação em RCP deve ser baseada nos protocolos recomendados pelo Conselho Português de Ressuscitação mais recentes. Esses protocolos ou recomendações, visam garantir a uniformização dos procedimentos e técnicas preconizadas para a assistência às vítimas de PCR. Nessas recomendações destaca-se: a formação de profissionais de saúde em RCP, enfatizando a extensão dessa formação ao público leigo em geral, especificamente no que se refere ao Suporte Básico de Vida (SBV); e o Suporte Avançado de Vida (SAV) que tem sido recomendado para os profissionais de saúde como médicos e enfermeiros.

Défices de formação ou competência em Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida, pode interferir com o atendimento nas PCR's e reconhecimento de sinais de degradação hemodinâmica e neurológica (Herlitz, Bang, Aune, Ekstrom, Lundstrom, Holmberg, 2000).

Sabe-se que o tempo de assistência à vítima de PCR é fundamental para a sua sobrevivência, assim, é muito importante que os profissionais da área de saúde se sintam preparados técnica e cientificamente, para atuar durante as manobras de reanimação cardiopulmonar. A assistência à vítima em PCR, com as consequentes manobras de reanimação cardiopulmonar, deve ser considerada como conhecimento obrigatório e prioritário de todos os profissionais de saúde, independentemente da sua categoria profissional (Barbosa *et al.*, 2006).

Observando as diferenças entre as variáveis em função dos Serviços, constataram-se diferenças significativas quando comparados os fatores da escala e a própria Escala EPDAPI Total, o que indicou que o grau de dificuldade percebida em cada fator variou, claramente, de acordo com o serviço a que pertencem os profissionais.

No geral, o Grupo “Outros Serviços” revelou maior dificuldade percebida em quase todos os fatores na EPDAPI (M= 2,9; DP= 0,5); e em particular atingiu o valor mais baixo nos fatores: “*Atuação em RCP*” (M=2,6; DP= 0,8), “*Resposta em Tempo Útil à PCR*” (M= 3,3; DP= 0,7), “*Deteção, Alerta e Resposta à PCR*” (M=2,5; DP= 0,7), revelando grande dificuldade, com valores muito próximos do 2 e do 3, revelando também alguma indecisão nas respostas de acordo com os fatores.

Já o serviço UCI foi o grupo que revelou menor grau de dificuldade em quase todos os fatores e na Escala total, atingindo valores sempre muito próximos do 4. Estes resultados podem ser explicados pela dificuldade apresentada durante a assistência a vítimas de PCR. É possível encontrar profissionais de saúde que têm dificuldade em realizar os procedimentos de emergência ou mesmo dificuldade em manusear o carro de reanimação cardiopulmonar, restantes materiais e fármacos.

A taxa de sobrevivência hospitalar varia muito em função da ocorrência de episódios de PCR, em áreas de doentes críticos (UCI), urgências, blocos operatórios, ou em serviços de internamento não monitorizados (Sandroni, Nolan, Cavallaro, Antonelli, 2007). Segundo Herlitz et al (2000), os pacientes que são reanimados em áreas com monitorização apresentam taxas de sobrevivência mais altas em comparação com pacientes que foram reanimados em áreas não monitorizadas. O mesmo autor refere ainda, que existem diferenças significativas nos resultados referentes: à existência de equipamento de monitorização da atividade elétrica dos pacientes, bem como da existência de pessoal treinado e com experiência, à utilização do SBV e do SAV em situações de emergência, às distâncias entre a ocorrência do episódio e o equipamento de emergência e à perícia na sua utilização, e ao próprio local dentro da instituição onde ocorre o episódio emergente.

O serviço BO atingiu o valor mais elevado (M= 5,0; DP= 0,1) no fator “*Resposta em Tempo Útil à PCR*”; no entanto apresentou a média mais baixa (M= 2,2; DP= 1,1) em relação aos outros grupos no fator “*Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR*” e no fator “*Competência para a Tomada de Decisão em RCP*” (M= 3,4; DP=0,4). O Bloco Operatório é uma unidade cirúrgica, fechada e isolada do exterior. A sua conceção depende da população a que se destina, as especialidades cirúrgicas e tipos de cirurgia a que deverá dar resposta, da tecnologia de apoio, bem como dos recursos humanos disponíveis e necessários para dar resposta às necessidades. O recobro é uma área fundamental dentro de um bloco operatório e tem como finalidade a vigilância permanente com vista ao restabelecimento hemodinâmico do paciente e evitar, ou corrigir, o aparecimento de complicações no período de pós-operatório imediato. É uma unidade com elevada atividade e pressão constante, devido ao elevado número de doentes que permanece por curtos períodos de tempo, mas também pelo alto padrão de qualidade de cuidados que se prestam. Os profissionais de saúde que aí desempenham funções devem ser capazes de responder com rapidez, eficácia e alta rentabilidade em todas as circunstâncias e, muito particularmente, perante situações de emergência.

Têm na sua equipa multidisciplinar, elementos como a anestesia, de forma presencial, com grande domínio na via aérea e em SAV, no entanto, não é frequente a ocorrência de eventos de PCR, pois mesmo nas cirurgias emergentes é avaliado o risco de morte do paciente que vai ser submetido à cirurgia, o que diminui a possibilidade de eventos emergentes ocorrerem em serviços de bloco operatório, bem como a prática e a resposta a este tipo de eventos.

Já o serviço de SU atingiu a média mais elevada em relação aos outros grupos (M= 3,2; DP= 1) no fator “*Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR*” e no fator “*Atuação em RCP*” (M=4,1; DP= 0,9)), no entanto apresentou uma média muito baixa (M= 2,6; DP= 1), revelando muita dificuldade no fator “*Deteção, Alerta e Resposta à PCR*”. Os serviços de urgência foram criados com o propósito de dar uma resposta rápida a todas as situações clínicas de instalação súbita, graves, e assistência ao paciente em estado crítico. Caracteriza-se pela diversidade de patologias tratadas e conhecimentos, bem como pelo elevado número de doentes atendidos.

Possui equipas multidisciplinares que atuam na sala de emergência, e com formação em SBV (obrigatória) e SAV, para desempenharem funções neste serviço, onde os episódios emergentes são recorrentes. Daí percecionarem menor dificuldade na atuação em RCP no geral. No entanto o tempo dedicado a cada paciente é escasso, devido à elevada afluência que se regista, o que, muitas vezes, deixa pouco espaço de tempo para fazer uma pesquisa mais prolongada da situação que traz o paciente ao serviço, bem como uma assistência em tempo útil, devido à imprevisibilidade do próprio serviço.

Relativamente ao serviço UCI, atingiu a média mais elevada em relação aos outros grupos (M= 4,7; DP= 0,3) no fator “*Competência para a Tomada de Decisão em RCP*”, no entanto apresentou muita hesitação nas respostas no fator “*Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR*”, atingindo valores muito próximos de 3 (M= 3,2; DP= 0,9). As Unidades de Cuidados Intensivos foram criadas com o propósito de colocar os doentes críticos próximos da assistência de suporte vital, para permitir uma mais frequente avaliação da situação clínica e possibilitar uma intervenção mais rápida quando solicitada. Estas possuem características próprias, onde se realizam as mais elaboradas intervenções médicas e de enfermagem, com equipas treinadas e expostas continuamente a situações graves e emergentes.

A assistência ao doente crítico requer capacidade de reagir de forma rápida, eficaz e com discernimento nas situações mais delicadas. Para desenvolver competências nesta área, é necessário mobilizar os conhecimentos teórico-práticos que dizem respeito ao adulto com doença grave/estado crítico, de forma recorrente, visando a prestação de cuidados ao doente, ao longo de 24 horas, com recurso a equipamento técnico eficaz e capaz de manter as funções vitais de uma pessoa gravemente doente. Neste ponto depreende-se a menor dificuldade registada no que diz respeito a todos os fatores na sua globalidade. No entanto a hesitação registada na “*Ativação da Ajuda Diferenciada à PCR*”, poderá estar relacionada com o facto de não existir equipa definida para assistência à PCR a nível hospitalar além da própria, pertencente ao serviço de UCI. A Equipa da UCI é a melhor Ajuda Diferenciada, pois detém todos os recursos humanos e materiais, bem como formação adequada, para dar a melhor assistência possível aos episódios de PCR.

## 6- CONCLUSÃO

A PCR é um evento dramático, responsável por morbidade e mortalidade hospitalar elevada. Mesmo em situações de atendimento ideal, a assistência a este evento apresenta-se como uma variável muito importante na sobrevivência destes doentes em ambiente hospitalar.

A assistência às vítimas de PCR requer um conjunto de intervenções que devem ser executadas de forma rápida, precisa e sistematizada, sendo essencialmente um esforço coletivo e coordenado por parte dos elementos envolvidos na RCP.

A RCP intra-hospitalar torna-se frequentemente mais complexa, quando comparada à do ambiente pré-hospitalar, pois mesmo dispondo de recursos de suporte avançado de vida, a co-morbidade e a gravidade das patologias nestes doentes é maior, o que pode predizer um pior prognóstico, e implica melhor preparação dos profissionais envolvidos no processo.

A percepção dos profissionais envolvidos na assistência à PCR intra-hospitalar, indicia as principais dificuldades/necessidades sentidas ou vividas, que devem ser normalizadas e ajustadas, por forma a minimizar o seu impacto no resultado da sua intervenção em todos os doentes assistidos.

Dos resultados obtidos, podemos realçar que a Idade dos inquiridos não se correlacionou com a percepção das dificuldades, nem por fatores nem para o total. Já a Experiência Profissional correlacionou-se negativamente com o fator “*Resposta em Tempo Útil à PCR*”, o que indicou que à medida que aumenta o Tempo de Experiência Profissional, aumentam as dificuldades nesse fator.

Já para a escala EPDAPI e Fatores, em função da Categoria Profissional, observou-se que se correlacionaram positivamente com a Categoria Profissional, no sentido em que a Categoria “Médico” revelou menor dificuldade que a Categoria “Enfermeiro”. No entanto no fator “*Competência para a Tomada de Decisão em RCP*”, as médias

atingidas foram muito próximas e acima do 4, o que indicou que para ambas as categorias profissionais a dificuldade neste fator é menor e quase equiparável.

Analisados os resultados comparando os profissionais em função de terem ou não formação em SBV e SAV, os que têm apresentaram menor dificuldade, no geral de todos os fatores da Assistência à PCR Intra-hospitalar.

E o grau de dificuldade percebida, globalmente, em cada fator e na escala, variou de acordo com o serviço a que pertencem os profissionais. O Grupo “ Outros Serviços” revelou maior dificuldade percebida, e o serviço UCI foi o grupo que revelou menor grau de dificuldade em quase todos os fatores e na Escala total, revelando que os profissionais pertencentes a este serviço sentiam menor dificuldade na Assistência à PCR Intra-hospitalar.

As principais conclusões deste estudo, de acordo com a percepção dos profissionais de saúde, são:

-O serviço de SU e o serviço de UCI, apresentam as condições necessárias, quer físicas quer humanas, para uma vigilância e assistência adequada a eventos de PCR a nível hospitalar.

-Os sistemas de assistência hospitalar à PCR, atuais, são insuficientes na sua atuação e assistência intra-hospitalar.

-Os profissionais de saúde que pertencem a serviços sem monitorização adequada para vítimas emergentes têm a percepção da dificuldade acrescida na assistência à PCR intra-hospitalar, e que pode interferir com o atendimento nas PCR's e reconhecimento de sinais de degradação hemodinâmica.

-No desempenho das suas atribuições, a equipa de enfermagem desenvolve uma perfeita integração com a equipa médica, desenvolvendo igual competência técnica na RCP, tendo como objetivo a padronização da prestação da assistência de qualidade, otimizando as condições de recuperação do doente.

-Défices de formação ou competência em Suporte Básico e Suporte Avançado de Vida, interferem na Assistência à PCR Intra-Hospitalar e no reconhecimento de sinais de degradação hemodinâmica por parte dos profissionais de saúde envolvidos no processo.

- A existência de pessoal treinado e com experiência na utilização do SBV e do SAV em situações de emergência, e a perícia na utilização do equipamento de emergência interfere diretamente com a RCP.

- A equipa de profissionais de saúde pertencentes ao serviço de UCI, é a melhor Ajuda Diferenciada, pois detém todos os recursos humanos e materiais, bem como formação adequada, para dar a melhor assistência possível aos episódios de PCR Intra-Hospitalares.

## 6.1- LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES DE INVESTIGAÇÕES FUTURAS

As principais limitações deste estudo passaram essencialmente pela reduzida dimensão da amostra inquirida, nomeadamente profissionais de saúde da carreira médica (apenas 6 médicos participaram no estudo), bem como pelo facto de a amostra ter sido apenas recolhida em uma das duas instituições hospitalares da ULSNA (um hospital distrital), sendo desejável uma amostra de maior dimensão, pois teria também visibilidade a perceção dos profissionais de toda a unidade local de saúde, e que poderia divergir de local para local, podendo ser extraídos mais resultados e conclusões. Sugere-se assim a replicação deste estudo junto de um maior número de instituições, por forma a ter uma visão geral da perceção dos profissionais de saúde envolvidos na assistência à PCR Intra-Hospitalar.

Outra das limitações verificada neste estudo, foi a possível intimidação dos inquiridos, aquando da aplicação dos questionários, pelo conteúdo das questões apresentadas, que de alguma forma poderiam categorizar de forma negativa o seu serviço de origem, bem como falhas e incapacidades da estrutura dos respetivos serviços. No entanto sugere-se manter a estrutura do questionário, pois este aquando do seu preenchimento, pela sua estrutura, torna-se anónimo e não personalizável como o instrumento “guião entrevista”, permitindo extrair dados de forma mais objetiva.

Reconhece-se a evidente necessidade de manter o desenvolvimento de ações direcionadas na qualificação da RCP, com vista ao aumento da sobrevivência e qualidade de vida dos doentes, com a melhor assistência possível aos eventos de PCR a nível hospitalar.

Bem como também se reconhece a necessidade de estudos futuros sobre os modelos atuais de assistência à PCR instituídos a nível hospitalar e a nível nacional. É necessário observar de perto a Sobrevida imediata das vítimas de PCR com os diferentes modelos instituídos, com registo rigoroso destes eventos por forma a permitir auditorias confiáveis e permitir qualidade, eficácia e progresso nos cuidados prestados aos doentes pelos diversos profissionais de saúde das instituições a nível nacional.

Consideramos de particular interesse a aplicação da escala que foi construída exclusivamente para este estudo, junto de profissionais de outras instituições a nível nacional. Isto iria permitir avaliar, de acordo com a perceção dos profissionais de saúde, se os sistemas implementados de assistência à PCR, suprimiam as suas dificuldades e/ou respondiam às suas necessidades.

Outro destaque é a necessidade de dar mais ênfase à prevenção da PCR, equiparando-a de igual forma, à importância da RCP, pois o cuidado precoce advindo dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, no reconhecimento dos doentes em risco de PCR, diminui a morbidade e a mortalidade hospitalares.

A observação dos profissionais de saúde, em particular, dos enfermeiros, relativamente aos sinais de deterioração clínica que as vítimas apresentam antes de um evento de PCR é de extrema importância. Deve ser enfatizada a importância da enfermagem na sua deteção e implementação precoce de certos procedimentos, ou sistemas de alerta e/ou ativação de ajuda diferenciada, pois são esses profissionais que se encontram mais próximos das vítimas nas diferentes áreas hospitalares, constituindo, a maior parte das vezes, o primeiro elo da cadeia de sobrevivência hospitalar.

Esta conduta preventiva na PCR poderá significar a vida do doente, uma vez que o fator tempo na assistência é um fator determinante no sucesso da RCP.

Durante esta última década, existiu um aumento marcado na formação e treino em RCP, e mais especificamente na constituição formal de equipas de reanimação intra-hospitalares, como bem refere a Circular Normativa da Direção Geral da Saúde, Nº15 de 22/06/2010. Estas Equipas de Reanimação Intra-hospitalares visam a diminuição do tempo entre o evento de PCR e o tratamento, bem como a aplicação de RCP de acordo com as recomendações internacionais, com o propósito de aumentar a sua eficácia e aumentar a sobrevida imediata dos doentes assistidos. Estas são, usualmente, o sistema de resposta à PCR mais adequado, que atravessa a especificidade das especialidades médicas e limitações funcionais das instituições hospitalares, envolvendo uma vasta área de conhecimentos e perícia, bem como o reconhecimento precoce e a rápida RCP de todos os doentes em risco.

Sugere-se a implantação destas equipas de reanimação intra-hospitalar a nível nacional, pois os benefícios que advêm da sua constituição, além da formação adequada dos profissionais, passam também por mais segurança no diagnóstico e tratamento da doença crítica aguda, diminuição da morbilidade e mortalidade associados à PCR, e por consequência aumento da sobrevivência imediata dos doentes a nível hospitalar.

## 7- BIBLIOGRAFIA

- American Heart Association. – AHA- [www.heart.org](http://www.heart.org) acessado em 21 fevereiro de 2013.
- Barbosa, F. T. et al. (2006).- “Avaliação do diagnóstico e tratamento da parada cardíaca entre médicos com cinco anos após a graduação”. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v.18, n. 4, p.374-379, out./dez.
- Bertoglio, V. M. et al. (2008) - “ Tempo decorrido do treinamento em parada cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico de enfermeiros”. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS), v. 29, n. 3, p. 454-460.
- Bloom, B. S.; Krathwohl, D. R.; Masia, B. B. (1973) - *Taxionomia de objetivos educacionais: domínio afetivo*. Porto Alegre: Globo, v. 2, 204 p.
- Burns, N.; Grove, S. (2001). *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization (4th ed)*. W.B.Saunders: Philadelphia, Pennsylvania, USA.
- Burns, N.; Grove, S. (1993). *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization (2nd ed)*. W.B.Saunders: Philadelphia, Pennsylvania, USA.
- Carapinheiro, G. (1998). *Saberes e Poderes no Hospital: Uma Sociologia dos Serviços Hospitalares (3ªed)*. Porto. Edições Afrontamento.
- Catalão, M.J. (2005). *Equipa de Reanimação Intra-hospitalar*. Dissertação de Pós Graduação de Urgência e Emergência 2004-2005, apresentada à Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, Coimbra.
- Catalão, M.J. (2011). *Equipa de Reanimação Intra-Hospitalar: Impacte na Sobrevida Imediata*. Dissertação de Final de Curso de Pós-Licenciatura Em Enfermagem Médico-Cirúrgica 2009-2011, apresentada á Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, Vila Nova de Famalicão.
- Cintra, E. de A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. (2005)- *Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo*. 2. ed. São Paulo: Atheneu.
- Dias Filho, J. M; Corrar, L. J; Paulo, E. (2007) - *Análise multivariada*. São Paulo: Atlas.

- Direcção Geral Da Saúde- DGS, [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt), acessido em 21 Fevereiro de 2013.
- Direcção Geral Da Saúde. (DGS) (2001). *Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência*. ISBN: 972-9425-99-X; acessido em 11 de janeiro de 2013.
- Einav S., Shleifer A., Kark J., Landesberg G., Matot I. (2006).- “Performance of Department Staff in the Window Between Discovery of Collapse to Cardiac Arrest Team Arrival”. *Resuscitation: Official Journal of the European Resuscitation Council*. Mar 69: 213-20.
- Flato, P.; Guimarães, H. P. (2011) – “Educação baseada em simulação em medicina de urgência e emergência: a arte imita a vida”. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo. set-out;9(5):360-4.
- Fortin, M. (1999) – *O Processo de Investigação: da Concepção à Realidade*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2003)- *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures. Lusociência.
- Fortin, M. (2009)- *Fundamentos e Etapas do processo de Investigação*. Lisboa. Lusociência.
- Franzen MD. (2000)- *Reliability and validity in neuropsychological assessment* -New York: Plenum Publishers.
- Guidelines of Resuscitation (2005), *The European Resuscitation Council (ERC)*, [www.cprportugal.pt](http://www.cprportugal.pt), acessido em 20 de Fevereiro de 2013.
- Guidelines of Resuscitation (2010), *The European Resuscitation Council (ERC)*, [www.cprportugal.pt](http://www.cprportugal.pt), acessido em 21 de Fevereiro de 2013.
- Guimaraes, H. P.; Lopes, R. D.; Lopes, A. C. (2005) - *Parada cardiorrespiratória*. São Paulo: Atheneu
- Hajbaghery M. A., Mousavi G., Akbari H. (2005) - “Factors Influencing Survival After in-Hospital Cardiopulmonary Arrest”. *Resuscitation: Official Journal of The European Resuscitation Council*. Oct. 66: 317-321.
- Henderson, S. E Ballesteros D. (2001) - “Evaluation of the hospital – wide resuscitation team: does it increase survival for in-hospital cardiopulmonary arrest?” *Resuscitation: Official Journal of the European Resuscitation Council*. Issue 2, volume 48: 111-116.

- Herlitz J., Bang A., Aune S., Ekstrom L., Lundstron G., Holmberg (2000).- “Characteristics and outcome among patients suffering in-hospital cardiac arrest in monitored and non-monitored areas”. *Resuscitation: Official Journal of The European Resuscitation Council*. Issue 48: 125-135.
- Herrera M., Lopez F., Gonzalez H., Dominguez P., Garcia C., Bocanegra C. (2009) – “Resultados del primer ano de Funcionamento del Plan de Resucitación Cardiopulmonar del Hospital Juan Ramón Jiménez (Huelva)”. *Medicina Intensiva*. Jul. 11.004.
- Hillman K., Parr M., Flabouris A., Bishop G., Stewart A. (2000) - “Redefining In-hospital Resuscitation: The Concept of The Medical Emergency Team”. *Resuscitation: Official Journal of The European Resuscitation Council*. Aug 48:105-10.
- Hill, M.M. & Hill, A. (2000) - *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Síbalo.
- Instituto Nacional de Emergência Médica- INEM; [www.inem.pt](http://www.inem.pt), acedido em 20 de fevereiro de 2013.
- Instituto Nacional de Emergência Médica – INEM (2007) - *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Lisboa.
- Iwami T., Nichol G., Hiraide A., Hayashi Y., Nishiuchi T., Kajino K. (2009) - “Continuous Improvement in Chain of Survival; Increased Survival after Out-of-hospital Cardiac Arrest, a Large Scale Population Based Study”. *Circulation*. Jun 119:728-34.
- Magalhães L., Guimas A., Ferreira S., Ribeiro R., Paiva P. (2009) - “O momento da morte no internamento de Medicina”. *Artigos Originais de Medicina Interna*. Out/Dez Vol.16 Nº 4: 205-10.
- Mendes, A., Carvalho, F., Dias, C. e Granja, C. (2009).- “Paragem Cardíaca Intra-Hospitalar: Factores Associados à Decisão de não Reanimar. O Impacto da Emergência Intra-hospitalar Organizada”. *Revista Portuguesa de Cardiologia* 2009, 28 (2): 131-141.
- Miyahira, A. M. K. (2001).- “Capacidades motoras envolvidas na habilidade psicomotora da técnica de ressuscitação cardiopulmonar: subsídios para o processo ensino-aprendizagem”. *Rev. Esc. Enferm., USP*, v. 35, n. 4, p. 366-373.

- Oliveira, R. P. de; Ferreira, F. G.; Martins, M. et. Al (2002). A enfermagem nas situações de emergência.
- Pallás J.; Villa J. (2007)- *Métodos de Investigación Clínica e Epidemiológica*. Madrid. Elsevier.
- Pasquali, L. (2001) -“Análise fatorial para pesquisadores. Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida (LabPAM)” – *Instituto de Psicologia*. Brasília: Universidade de Brasília.
- Phipps W. Et al. (2003).- *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos da Prática Clínica*. Loures. Lusociência
- Pinto, B. (2005).- “Contributo para a implementação de uma Equipa Médica de Emergência no Hospital Geral de Santo António”. *Revista de Actualidade Hospitalar*, 2ª série, volume 1(1), Janeiro-Feveireiro
- Polit, Denise F.; Hungler, Bernadette P (1995). -*Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quintela (1991) – “Investigação: uma Estratégia em Enfermagem”. *Revista Enfermagem em Foco*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Quintela, M. (1999). Investigação, uma estratégia em Enfermagem. *Revista Enfermagem em Foco*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Quivy, Raymond; Campenhout, L. (1992) – *Manual de Investigação nas Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa. Gradiva
- Quivy, Raymond; Campenhoudt, L. (2003) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 3.ª Edição, Lisboa. Gradiva.
- Ramalho, Anabela (2005) – *Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise: estrutura, funções e utilização na investigação em enfermagem*. Coimbra: Formasau
- Rosa, C.; Carlotto, M. S. (2005) - “Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar”. *Rev. SBPH* , vol.8, n.2, pp. 1-15.

- Sandroni C., Nolan J., Cavallaro F., Antonelli M. (2007).- “In-hospital Cardiac Arrest: Incidence, Prognosis and Possible Measures for Improve Survival”. *Intensive Care*. Nov 33:237-45.
- Santiago, P. S. N.(2006).- *Reanimação cardiopulmonar: habilidades afetivas da equipe de enfermagem em Terapia Intensiva*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Scales D.C., Abrhamson S., Brunet F. (2003).- “The ICU Outreach Team”. *Journal of Critical Care*. Out 18:95-106.
- Silva, S.C; Padilha, K.G.- (2001) - “Parada Cardiorrespiratória na Unidade de Terapia intensiva: análise de ocorrências iatrogênicas durante o atendimento”. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, São Paulo; v.34 nº4: 413-420.
- Someren, M.; Barnard, Y.; Sandberg, J. (1994)- “THE THINK ALOUD METHOD, A practical guide to modelling cognitive processes”. *Department of Social Science Informatics*, University of Amsterdam; London; Academic Press.
- Tabachnick, B; Fidell, L.S. (2001)- *Using multivariate statistics*. 4th ed. São Francisco: Allyn & Bacon.
- The National Outreach Report. (2003) “Critical care outreach 2003: progress in developing services”. London, UK: *Department of Health and National Health Service Modernisation Agency*; 2003. London, UK: Department of Health and National Health Service Modernisation Agency; acessado em 30 de junho de 2013.
- Wehbe, G.; Galvão, C. M. (2001)- “Emergency unit nurse of private hospitals: several considerations”. *Rev Lat Am Enfermagem*. Mar;9(2):86-90
- Wehbe, G.; Galvão, M. C. (2005) - “Aplicação da liderança situacional em enfermagem de emergência”. *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN)*. Jan/fev.

## **ANEXOS**

**ANEXO 1- Questionário sobre a Percepção das Dificuldades na  
Assistência à PCR Intra-Hospitalar**



INSTITUTO POLITECNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA

Mestrado em Enfermagem à Pessoa Em Situação Crítica

**Título da Monografia:** *“Dificuldades na assistência à PCR Intra-hospitalar: a percepção dos profissionais de saúde”.*

**Aluna:** Maria José Martins Catalão (nº 5120351)

**Orientador:** Prof. Doutor Pedro Gaspar

**Introdução:** O atendimento à PCR envolve a necessidade de avanços no conhecimento dos profissionais de saúde sobre os cuidados prestados, bem como, exige um aperfeiçoamento da atuação da equipa multidisciplinar, com a valorização dos diversos saberes e levantamento das dificuldades na atuação. A PCR pode ser reversível e para isso é necessário, além do conhecimento técnico: organização, treino, trabalho em equipa, aperfeiçoamento contínuo e melhoria da qualidade do atendimento.

Nesse sentido, este instrumento tem como objetivo proceder ao levantamento das **dificuldades percebidas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na assistência à Paragem Cardiorrespiratória (PCR) Intra-Hospitalar, e identificar quais os Factores condicionantes, como interferências desfavoráveis, na Reanimação Cardiorrespiratória.**

**Instruções:**

O questionário é composto por duas partes: a primeira é referente á caracterização da amostra da população em estudo, composta por 4 questões de resposta fechada e 3 questões de resposta aberta; a segunda parte do questionário é composta por 49 questões de resposta fechada, **onde deverá Assinalar com um [X]** a opção que melhor corresponde e representa a sua opinião.

Utilize, para responder a cada questão, a seguinte escala:

***1- Discordo plenamente, 2- Discordo parcialmente, 3- Não concordo nem discordo, 4- Concordo parcialmente, 5- Concordo plenamente.***

**Por favor responda a todas as questões, a sua opinião é importante!!**

Muito Obrigado Pela sua Participação!!

## QUESTIONÁRIO

Médico(a) <input type="checkbox"/> Enfermeiro(a) <input type="checkbox"/>	Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	Idade _____ Tempo de Experiência Profissional (em Anos): _____
Tem Formação em SBV: Sim <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 150px;">Não <input type="checkbox"/></span>	Tem Formação em SAV: Sim <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 150px;">Não <input type="checkbox"/></span>	

<i>Classifique</i> cada uma das seguintes afirmações (com um X na quadricula correspondente) de <i>acordo com o seu grau de concordância</i> .	<i>Discordo plenamente</i>	<i>Discordo parcialmente</i>	<i>Não concordo nem discordo</i>	<i>Concordo parcialmente</i>	<i>Concordo plenamente</i>
<b>1-</b> No seu Serviço, um doente em PCR é assistido em menos de <b>5</b> minutos com <b>SBV</b>					
<b>2-</b> No seu Serviço, um doente em PCR é assistido em menos de <b>5</b> minutos com <b>SAV</b>					
<b>3-</b> No seu Serviço, consegue Monitorizar um doente/vítima em 90 segundos					
<b>4-</b> No seu Serviço, inicia Manobras de RCP assim que deteta PCR, e só depois solicita ajuda diferenciada.					
<b>5-</b> No seu Serviço, assim que deteta PCR, espera pela ajuda diferenciada para iniciar manobras de RCP.					
<b>6-</b> No seu Serviço, tem disponível equipamento para RCP a menos de 4 minutos do local da PCR.					
<b>7-</b> No seu serviço está disponível, para uso imediato, um carro de emergência.					
<b>8-</b> Os carros de emergência têm conteúdos iguais independentemente do serviço em que se encontram.					
<b>9-</b> No seu serviço, todos os doentes em risco de PCR estão monitorizados.					
<b>10-</b> Todos os profissionais do seu serviço, sabem onde está localizado o carro de emergência.					
<b>11-</b> O carro de emergência está sempre repostado com o respetivo material aprovado.					
<b>12-</b> A localização dos carros de emergência é igual em todos os serviços.					
<b>13-</b> Em caso de necessidade, existem monitores de sinais vitais em número suficiente, em relação ao número de doentes/vítimas.					
<b>14-</b> Todos os profissionais tomam conhecimento, simultaneamente, de que um evento de PCR está a ocorrer (ex: uso de campainha com alarme sonoro; uso de palavra código “Paragem” em projeção de voz).					
<b>15-</b> Habitualmente solicita ajuda diferenciada, em caso de PCR, pelo telefone.					
<b>16-</b> Quando solicita a ajuda diferenciada, para o serviço de apoio referenciado (ex: S.Urgência), é sempre o profissional de saúde destacado para a assistência que atende o telefone.					
<b>17-</b> Quando telefona, a solicitar a ajuda diferenciada, em média atendem-lhe o telefone em menos de 1 minuto.					
<b>18-</b> Depois de solicitada a ajuda diferenciada, esta chega ao local do evento de PCR, em menos de 4 minutos.					

19- A ajuda diferenciada está familiarizada com as guidelines do SBV e do SAV em vigor.					
20- A ajuda diferenciada atua com equipa própria e constituída para a assistência à PCR.					
21- A ajuda diferenciada providencia a instalação do doente/vítima de PCR, após RCP, em serviço de UCI ou S.Urgência.					
22- Todos os eventos de PCR são registados em formulário próprio, para futuras auditorias e intervenções do Sistema de Gestão da Qualidade.					
23- É sempre feito um <i>debriefing</i> (curta reunião), acerca da atuação da ajuda diferenciada com os profissionais de saúde envolvidos, para averiguar necessidades e aspectos a melhorar.					
24- Todos os profissionais sabem o nº da extensão telefónica para a qual devem ligar para solicitar a ajuda diferenciada.					
25 - O nº da extensão telefónica para a qual devem ligar para solicitar a ajuda diferenciada está disponível e rapidamente acessível.					
26- Para solicitar a ajuda diferenciada, existe apenas <b>um</b> nº de extensão telefónica, em linha directa e única, para o efeito.					
27- Tem dificuldades em manusear o Monitor Desfibrilhador com segurança.					
28- Habitualmente utiliza o Monitor Desfibrilhador.					
29- Em RCP, não tem dúvidas nos algoritmos de SBV.					
30- Em RCP, não tem dúvidas nos algoritmos de SAV..					
31- Conhece os fármacos de reanimação.					
32- Utiliza regularmente os fármacos de reanimação.					
33- Nos últimos 12 meses, <b>iniciou</b> manobras de RCP, em pelo menos <b>um</b> doente.					
34- Conhece todos os materiais do carro de emergência.					
35- Manuseia sem dificuldade todos os materiais do carro de emergência.					
36- Conhece o sistema de assistência à PCR instituído a nível hospitalar (telefonar ao serviço de apoio)					
37- Conhece a Escala de Coma de Glasgow.					
38- Utiliza com frequência a Escala de Coma de Glasgow.					
39- Consegue perceber sempre se a respiração de um doente/vítima está a ser eficaz.					
40- Avalia sempre a qualidade do pulso periférico, num doente/vítima não reativo a estímulos externos.					
41- Reconhece com facilidade um doente/vítima emergente.					
42- Ao monitorizar o doente/vítima, reconhece com facilidade os traçados cardíacos emergentes.					
43- Num sítio inesperado (ex elevador, escadas), se for chamado para ajudar num evento de PCR, normalmente toma a Liderança da Situação.					
44- Em Manobras de RCP, prefere ser liderado a liderar.					
45- Quando colabora na assistência a um doente/vítima em PCR, executa os procedimentos com nervosismo.					
46- Quando colabora na assistência a um doente/vítima em PCR, executa os procedimentos com receio.					
47- Sente-se preparado emocionalmente para atuar em PCR.					
48- Sente-se preparado tecnicamente para atuar em PCR.					
49- Confia na sua capacidade e perícia técnica para atuar em doentes/vítimas em PCR com segurança.					

Obrigada pela sua colaboração. Maria José Catalão.

**ANEXO II- Autorização do Conselho de Administração da ULSNA  
para aplicação do Questionário**

*Adm. 10/03/13  
Dre. 56*

De: Maria Luíza Lopes  
Para: Sra. Presidente do CA- Dra. Dorinda Calha  
C/C:

ASSUNTO: "Dificuldades na assistência à PCR Intra- hospitalar: a percepção dos profissionais de saúde".

**PARECER**  
Ao Sra. Eur. Directora  
*[Assinatura]*  
20/3/03/08  
Dorinda Calha  
Presidente do Conselho de Administração

**DESPACHO/DELIBERAÇÃO**  
Autorizado o estudo. Dan  
cumprimento a  
mestranda e a  
Comissão de ética.  
7/3/2013

O Conselho de Administração  
Dorinda Calha  
José Carlos Freixo  
Joaquim Araújo  
Jorge F. Gomes  
António José Fernandes Miranda  
*[Assinatura]*

A mestranda em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Escola Superior de Saúde de Leiria, encontra-se a realizar um estudo de investigação, o qual tem como tema "Dificuldades na assistência à PCR Intra- hospitalar: a percepção dos profissionais de saúde."

Para realizar o estudo, solicitou autorização ao Conselho de Administração para aplicação de questionários aos Médicos e Enfermeiros do Hospital Doutor José Maria Grande.

Encontrando-se reunidos todos os elementos para que seja proferido parecer, a Comissão de Ética, analisou o projecto do estudo em questão, cumprindo informar o seguinte:

**1- Enquadramento**

O presente trabalho é realizado no âmbito da unidade curricular de monografia.

**2- Objectivos**

**2.1- Objectivos gerais:**

a) Avaliar as dificuldades percebidas pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) na assistência à PCR, e quais os factores condicionantes, como interferências desfavoráveis, na RCP.

**2.2- Objectivos específicos:**

- a) Identificar as limitações e restrições no que concerne à actuação dos profissionais de saúde.
- b) Identificar as necessidades dos profissionais no âmbito da assistência à PCR.
- c) Avaliar, com o modelo actual de assistência instituído a nível hospitalar, a sobrevida imediata das vítimas de PCR.

**3- População**

Médicos e Enfermeiros, por amostragem, do Hospital Doutor José Maria Grande.

*[Assinatura]*



#### 4- Tipo de Estudo

O estudo é qualitativo, transversal e correlacionado.

#### 5- Instrumento e Técnica de Recolha de Dados

A recolha de dados é efectuada através da aplicação de questionários, com questões tipo Likert.

#### 6- Tratamento e Análise dos Dados

A aplicação dos questionários é feita por amostra da população de médicos e enfermeiros do Hospital Doutor José Maria Grande, tendo-se eleito o método qualitativo, transversal e correlacionado, como modelo de análise de dados.

O questionário é estruturado com questões tipo Likert, para estudo das variáveis, construção e validação de uma escala para mensurar a variável dependente "Dificuldades sentidas na Assistência à CPR".

#### 7- Análise

A Comissão de Ética em reunião, procedeu à análise de toda a documentação e metodologia a aplicar no presente estudo e deliberou o seguinte:

O estudo apresenta relevância, podendo a mestranda perceber através do mesmo, qual o conhecimento por parte dos profissionais, médicos e enfermeiros, das "guidelines" actuais, pois desse conhecimento actualizado poderá depender a eficácia da assistência do paciente em PCR.

Por outro lado, e no que concerne à questão de partida da investigação, poder-se-á ainda concluir pelas principais dificuldades dos referidos profissionais, podendo combatê-las após identificação das mesmas.

Nesta sequência, a Comissão de Ética, por que se encontram reunidos e descritos de forma clara e objectiva e, porque a metodologia não viola a ética e a legalidade, e, ressaltando-se a importância do estudo, delibera emitir parecer favorável e, conseqüentemente propõe que seja autorizada a recolha de informação através da aplicação dos questionários aos médicos e enfermeiros do Hospital Doutor José Maria Grande, por amostragem, sendo este instrumento necessário à execução do projecto de investigação subordinado ao tema: "Dificuldades na assistência à PCR Intra- hospitalar: a percepção dos profissionais de saúde."

A decisão que recair sobre a presente informação, deverá ser notificada:

- À Mestranda, Dra. Maria José Catalão;
- À Comissão de Ética.

É tudo quanto cumpre informar

 A Comissão de Ética para a Saúde da ULSNA, E.P.E.

MARIA LÚCIA LOPES  
Responsável do Serviço  
Jurídico e Contencioso

Anexo: Anteprojecto do estudo e requerimento.